Nr. 4. 26. stycznia 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Wiktor JANKOWSKI. St. Asystent. Lwów.

Zapalenia jam bocznych nosa [1]).

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Praca niniejsza obejmuje tylko historje chorych leżących w Klinice w okresie 10-letnim, t. j. od maja 1924 r. do czerwca 1934 r. Natomiast wszystkie przypadki leczone ambulatoryjnie pozostały nieuwzględnione dlatego, że ścisła obserwacja chorych tylko w Klinice jest możliwa. Do Kliniki przyjmujemy chorych, których po nieudałem leczeniu zachowawczem, przeznaczamy do zabiegu operacyjnego, bądź tych, u których w przebiegu czyto ostrego, czy przewlekłego zapalenia jam bocznych nosa wystąpiły poważniejsze objawy, zmuszające do obserwacji klinicznej. Z tego wynika, że w mojem zestawieniu przeważa materjał operacyjny.

Ogółem leczone były w Klinice w ciągu 10 lat 172 przypadki zapaleń zatok bocznych nosa; z tego w 87 przypadkach mieliśmy zajęcie tylko jamy szczękowej z jednej lub obydwóch stron, w 30 przypadkach zajęta była tylko jama czołowa, w 20 przypadkach zmiany okazywały tylko komórki sitowe, w 14 przypadkach zajęte były wszystkie trzy rodzaje zatok, w 10 przypadkach stwierdzono zmiany w jamie szczękowej i w komórkach sitowych oraz w 11 przypadkach zmiany dotyczyły komórek sitowych i jamy czołowej.

Najczęściej ulega schorzeniu zatoka szczękowa: na 172 przypadki było 111 zapaleń zatoki szczękowej, z tego 8 przypadków ostrego zapalenia, 94 przypadki przewlekłego ropienia i 9 przypadków ropienia na tle nowotworów szczęki. We wszystkich 8 ostrych przypadkach osiągnięto wyleczenie bez operacji, natomiast z 94 przypadków przewlekłych ropień, 3 wyleczono bez operacji, dwóch chorych wypisano z Kliniki, nie zgodzili się bowiem na zabieg operacyjny, w reszcie przypadków t. j. w 89 wykonano operację. 9 przypadków ropienia zatoki szczękowej na tle nowotworowem leczono również operacyjnie z następowem naświetlaniem promieniami radu lub Roentgena.

Na 111 przypadków ostrego i przewlekłego ropienia jamy szczękowej, przypadków prawostronnych było 49, lewostronnych 55, obustronnych 7. W tem mężczyzn 62, kobiet 49. Najwięcej przypadków przypada między 20 a 30 rokiem życia — 44 przypadki (22 mężczyzn, 22 kobiet). Następnie na wiek między 30 a 40 rokiem życia, razem 28, i w tym okresie wypadają równe cyfry na obie płci. Nadwyżka mężczyzn zaczyna się powyżej 40 lat. Na 25 mężczyzn wypada 9 kobiet, przyczem najstarszym przypadkiem operowanym była kobieta lat 65, najmłodszym przypadkiem była dziewczynka lat 15. Podobnie spotykał częściej u mężczyzn zapalenia zatoki szczękowej Tonndorf, Wąsowski natomiast podaje więcej przypadków u kobiet. Co do częstości zapaleń zatoki szczękowej zależnie od wieku statystyka Wąsowskiego zgadza się z naszą. Wąsowski podaje wiek pomiędzy 20 a 40 rokiem życia jako wiek, w którym najczęściej spotyka się zapalenia zatoki szczękowej.

Najczęściej przyczyną zajęcia jam bocznych nosa jest grypa, połączona z nieżytem nosa, według Fränkel'a i Pryma. Conajmniej 70 do 75% wszystkich zapaleń jam bocznych nosa jest wywołanych przez zakażenie grypowe. W naszym materjale w 69.1% schorzeń zatoki szczękowej, chorzy podawali w wywiadach grypę, jako przyczynę choroby. Pozatem inne choroby zakaźne, jak płonica, dur brzuszny, odra, błonica, róża i t. p. mogą również powodować zapalenia jam bocznych. Co do róży, to z jednej strony róża twarzy, przechodząc przez przedsionek jamy nosowej, może doprowadzić do zajęcia zatok bocznych, z drugiej strony zmiany wtórne w przedsionku nosa, powstałe wskutek stałego wycieku ropnego z zajetych zatok (wypryski, pęknięcia naskórka i t. p.), mogą być punktem wyjścia dla róży twarzy. Fränkel i Wertheim stwierdzali na zwłokach gruźliczych zmiany w jamach bocznych nosa w co trzecim przypadku; były to zapalenia na tle zakażenia ropnego, natomiast gruźlicze zapalenie jam bocznych zdarza się niezmiernie rzadko jako wtórne powikłanie gruźlicy kośćca twarzy.

Z wtórnych zapaleń zatoki szczękowej należy wymienić zapalenia na tle schorzeń zębów. Rozmaicie często występują zdaniem rozmaitych autorów zapalenia zatoki szczękowej skutkiem próchnienia zębów. Według Wąsowskiego 10%, Tonndorfa 5%, Skillerna 20%, Lermoyeza aż 50% zapaleń zatoki szczękowej było wywołanych próchnieniem zębów. W naszym materjale były 22 przypadki — na 111, t. j. około 20%. Najczęściej powikłanie ze strony zatoki daje próchnienie zęba trzonowego pierwszego lub drugiego lub drugiego przedtrzonowca, rzadziej próchnienie pierwszego przedtrzonowca i trzeciego zęba trzonowego. Również w naszym materjale na 22 przypadki, tylko raz było zapalenie zatoki skutkiem próchnienia pierwszego przedtrzonowca i raz skutkiem próchnienia trzeciego zęba trzonowego. Do wtórnych zapaleń zatoki szczękowej należy zaliczyć zapalenie zatoki na tle nowotworowem, na tle *osteomyelitis* szczęki górnej (występujące u dzieci niekiedy przy chorobach zakaźnych jak dur, płonica, przy zatruciach np. fosforem), wreszcie na tle kiły trzeciorzędnej i gruźlicy.

Pourazowe zapalenia zatoki szczękowej zdarzają się w czasie wojny względnie często, podczas pokoju rzadko, przyczem zatoka szczękowa jako najwięcej wystawiona na urazy, częściej w porównaniu z innemi zatokami ulega schorzeniu. W naszym materjale były trzy przypadki urazowych zapaleń zatoki szczękowej.

Śluzówka zatoki szczękowej jest luźno zrosła z podłożem. Zmiany, jakim ulega w następstwie spraw zapalnych w niej się toczących, są rozmaite. Występuja zapalne obrzęki, zgrubienia, przerosty, polipy, torbiele i t. p.; szczególnie w przewlekłych zapaleniach zatoki szczękowej prawie stale znajdujemy polipowate przerosty śluzówki. Rzadko natomiast powstaje zgrubienie okostnowe wewnątrz zatoki. Również na podobieństwo kamieni nosowych mają się tworzyć kamienie wewnątrz zatoki; przypadki te są jednak bardzo rzadkie. Wreszcie, jako zejście sprawy zapalnej, może gromadzić się w świetle zatoki szczękowej płyn surowiczy, tak zw. puchlina jamy *(Hydrops inflamatorius* Dmochowskiego); należy przyjąć wtedy zupełną niedrożność ujścia jamy szczękowej. Klinicznie rzecz ta jest niezmiernie rzadka. Zapalenia zatoki szczękowej dają liczne objawy podmiotowe. Chorzy skarżą się na miejscowe bóle stałe lub napadowe, szczególnie w ostrych sprawach ropnych zatoki, lub wskutek zapalenia okostnej w zapaleniach zatoki szczękowej, powstałych na tle próchnienia zęba.

Bóle te w zakresie szczęki górnej mogą promieniować i ponad oczodół, dając niekiedy wyłącznie bóle czoła, co może mylnie skierować podejrzenie na zatokę czołową (Kilian, Hartman). Występują również bóle głowy, bóle uciskowe głowy i t. p.

Ropa, gromadząca się w zatoce, może wypływać do przodu przez nozdrza przednie, lub zależnie od kształtu muszli środkowej, zmian wtórnych śluzówki nosa oraz położenia ujścia jamy szczękowej — może ropa wypłynąć ku tyłowi przez nozdrza tylne do gardła. Chory skarży się wtedy na przykre zasychanie w gardle, na cuchnienie z ust i t. p. Ropy jednak w nosie nie widać. Dlatego wycieku ropnego z nosa możemy dłuższy czas nie zauważyć, i dopiero wtórne objawy, jak zaburzenie powonienia, utrudnienia oddychania nosem, zasychanie, cuchnienie, brak apetytu i t. p. mogą przy dokładnem badaniu ułatwić rozpoznanie ropotoku zatoki. Znane są przypadki dusznicy oskrzelowej, latami bez skutku leczonej na tle ukrytego ropienia zatoki; dopiero wyleczenie schorzałej zatoki uzdrawia ostatecznie chorego. Wreszcie u chorych neuropatycznych stały wyciek ropny z nosa może stać się przyczyną stanów przygnębienia, apatji, lub podniecenia i t. p.

Przedmiotowo stwierdzenie ropy pod środkową muszlą nasuwa podejrzenie zajęcia jednej z zatok bocznych nosa, przyczem okresowość wycieku ropy ma być cechą rozpoznawczą dla zajęcia zatoki szczękowej. Ropa z zatoki czołowej, czy przednich komórek sitowych, skutkiem niskiego położenia ujścia wypływa stale, a z zatoki szczękowej wypływa dopiero po całkowitem prawie jej wypełnieniu. Ujście bowiem zatoki szczękowej leży prawie u jej sklepienia. Odpływ ropy z zatoki szczękowej można ułatwić przez pewne ułożenie głowy chorego. Bayer radzi cho-

[1]) Wykład, wygłoszony na Posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 29 listopada 1935.

rego ułożyć na brzuchu i przechylić głowę chorego ku przodowi. Fränkel i Ziem radzą w pozycji siedzącej głowę przechylić ku przodowi i na stronę przeciwną. Brak wycieku nie świadczy bynajmniej o braku ropy, przy zatkanem ujściu lub też przy gęstej wydzielinie mimo otwartego ujścia może być brak wycieku do nosa. Zmiany przerostowe błony śluzowej w obrębie środkowej muszli są cechą znamienną dla ropotoku z zatok, przyczem, jak Hajek podnosi, zmiany śluzówki ograniczone do wklęsłej t. j. do bocznej części muszli środkowej, świadczą o zajęciu jam bocznych nosa. Natomiast zmiany na wypukłej, t. j. na przyśrodkowej powierzchni muszli, świadczą o ogólnym nieżycie nosa. Obrzęk policzka wystąpić może przy ostrem zapaleniu zatoki, częściej jest następstwem zapalenia okostnej przy próchnicy zębów.

W zwykłem zapaleniu zatoki szczękowej prawie nigdy niema rozdęcia światła zatoki, połączonego ze ścieńczeniem ścian; zdarza się to często w przypadku torbieli zębodołowych, oraz w sprawach nowotworowych szczęki.

Wymienione objawy podmiotowe i przedmiotowe, stwierdzenie zmian w jamie nosowej stanowią wskazania do przeprowadzenia badań, któreby pozwoliły wnioskować o stanie zatok bocznych jamy nosowej. Do tych należy prześwietlenie lampą Heringa. Pewna mała różnica w powietrzności obu zatok zdarza się stosunkowo często, jednak nigdy nie jest tak wybitna, jak w przypadkach jednostronnego zajęcia zatoki. Zaciemnienie, jakie się widzi w przypadkach zmian w zatoce, jak to wykazał Lichtwitz — jest wywołane przedewszystkiem przez zgrubienie śluzówki, a nie przez zalegającą wydzielinę; Lichtwitz prześwietlał zatoki przed i po wypłókaniu, przyczem zaciemnienie zatoki nie ulegało zmianie. To samo poniekąd zdaje się też dotyczyć zaciemnienia, jakie otrzymujemy w zdjęciu rentgenowskiem. Prześwietlenie promieniami Roentgena oddaje pewne usługi, stwierdzenie jednak zaciemnienia na fotografji rentgenowskiej najczęściej nie pozwala na wnioskowanie o charakterze zmian w jamie szczękowej. Zmiany w strukturze kości dają się łatwiej wykazać zapomocą promieni Roentgena. Dla wykazania zmian przerostowych błony śluzowej zatoki szczękowej posługujemy się promieniami Roentgena, po poprzedniem wprowadzeniu do zatoki płynu kontrastowego. Zdjęcie rentgenowskie nie może również rozstrzygnąć o jakości płynu. Rozstrzyga o rozpoznaniu dopiero przepłókanie jamy szczękowej, które można uskutecznić bądź przez otwory fizjologiczne, bądź po nakłuciu ściany zatoki. Jamę nosową należy poprzednio dokładnie oczyścić, albowiem w przeciwnym razie wydzielinę pochodzącą z nosa można przyjąć za wydzielinę z jamy szczękowej. Przepłókiwanie zatoki szczękowej przez jej fizjologiczne otwory, t. j. przez otwór szczękowy i dodatkowy jest zabiegiem bezsprzecznie najbardziej zachowawczym. Położenie tych otworów i ich wielkość są jednak tak zmienne, że zgóry musimy być przygotowani na to, że niezawsze tą drogą uda się przepłókać zatokę szczękową. Ponieważ lejek w całej swej rozciągłości jest stosunkowo blisko oczodołowej ściany zatoki, to przy przepłókiwaniu tą drogą mogą się zdarzyć powikłania ze strony oczodołu. Podobne przypadki opisali Gerber, Hajek i inni. Nakłuwać zatokę możemy albo od jamy ustnej t. j. od zębodołu lub od *fossa canina,* albo od nosa.

Nakłucie od zębodołu może być zalecane w przypadkach zapalenia zatoki szczękowej na tle próchnienia zęba, po usunięciu tegoż. Nakłucie od zębodołu jest o tyle korzystne, że otwieramy zatokę szczękową w obrębie zachyłka zębodołowego, a więc w najniższym punkcie, co jest korzystne dla drenowania zatoki; istnieje jednak szereg momentów niekorzystnych. Wytworzenie kanału z zębodołu do zatoki może być trudne, np. z zębodołu pierwszego przedtrzonowca, lub kła, albo z zębodołu ostatniego zęba trzonowego, szczególnie w złych warunkach anatomicznych. Do tych należy: wysoki wyrostek zębodołowy, wklęśnięcie przedniej ściany zatoki i wypuklenie bocznej ściany jamy nosowej do światła zatoki, — wtedy może przyśrodkowa ściana zatoki przylegać prawie do bocznej ściany. Wytworzony kanał w zębodole ma prócz tego skłonność do zamykania się, z tego powodu chory musi nosić aż do wyleczenia stale zatyczkę, która drażni miejscowo tkanki. Noszenie zatyczki uniemożliwia stałe drenowanie. Nakłucie od strony zębodołu robimy raczej w celu leczniczym a nie w celu rozpoznawczym.

Inaczej się rzecz ma w nakłuciu od jamy nosowej, gdzie boczna ściana jamy nosowej jest cienka, z tego powodu otrzymanie tą drogą komunikacji z jamą szczękową jest łatwiejsze, niż przez stosunkowo długi kanał w wyrostku zębodołowym. Co do miejsca, w którem należy wykonać nakłucie, to zdania są podzielone. W częściach górnych ponad muszlą dolną ściana przyśrodkowa zatoki jest cienka (część błoniasta) — stąd wielu autorów (Eicken, Zuckerkandl, Kilian, Nülssmann) w tem miejscu chętnie wykonywało nakłucie. Przepłókiwanie przez nakłucie ponad muszlą dolną, podobnie jak i przepłókiwania przez otwory fizjologiczne, mają poza pewnem niebezpieczeństwem uszkodzenia oczodołowej ściany zatoki tę wadę, że otwór, przez który przepłókujemy leży zbyt wysoko. Dlatego też najodpowiedniejszem jest nakłucie ściany jamy szczękowej pod dolną muszlą nosową. Przewód nosowy dolny należy dokładnie znieczulić kokainą. Igłę prostą (Lichtwitz) wkłuwamy około $1^1/_2$ cm poza przednim końcem muszli tuż poniżej nasady tejże, co odpowiada sklepieniu dolnego przewodu nosowego. Ponieważ ściana środkowa zatoki ku dołowi znacznie grubieje, nie należy wkłuwać igły zbyt nisko. Igłę wkłuwamy skośnie do ściany jamy szczękowej, przypierając drugi koniec igły dość silnie do przegrody nosowej. W przeciwnym razie kiedy kąt wkłucia jest zbyt ostry igła może się zsunąć wzdłuż kostnej ściany, rozdzierając na większej przestrzeni błonę śluzową jamy nosowej. Nakłuwając zatokę wyczuwamy opór kostny, a po pokonaniu tegoż, wchodzimy końcem igły do zatoki; poznajemy to po swobodnem poruszaniu się końca igły w świetle zatoki. Po przebiciu ściany zatoki robimy przepłókanie. Nie należy natomiast bezpośrednio po nakłuciu przedmuchiwać. Opisano po przedmuchaniu zatoki cały szereg przypadków, w których nastąpiło zejście śmiertelne skutkiem zatorów powietrznych. Hajek podaje 12 przypadków, zebranych z piśmiennictwa, w których nastąpiło zejście śmiertelne po przedmuchaniu zatoki szczękowej. Jako przyczynę, przyjmują autorzy zatory powietrzne w naczyniach spowodowane przez powietrze, które wtłoczone zostało do otwartych naczyń. Prócz tego spostrzegano przypadki, w których po przepłókaniu lub przedmuchaniu zatoki wystąpiły niepokojące objawy ze strony systemu nerwowego, jak utrata przytomności, drgawki, zaburzenia w oddychaniu, w narządzie krążenia, oślepnięcia i t. p. Również groźne powikłania, jak ropowica i posocznica opisali Halle, Uffenorde, Hajek i inni. Przy nakłuciu należy uważać, aby nie naruszyć przeciwległej ściany zatoki. Może się to niekiedy zdarzyć przy bardzo wąskiem świetle zatoki. Zdarzają się także przypadki omdlenia przy nakłuciu, napady drgawek i t. p., objawy te mijają szybko. U nas żadnych powikłań w przypadkach nakłucia zatoki szczękowej nie było.

Nakłucie zatoki szczękowej jest po uwzględnieniu wszystkich tych uwag zabiegiem łatwym, nieprzedstawiającym dla chorego większego niebezpieczeństwa, a prócz tego nakłucie rozstrzyga o rozpoznaniu. Przy uzasadnionem podejrzeniu ropnego zajęcia zatoki szczękowej nie należy zwlekać z nakłuciem. Jest to zabieg nietylko rozpoznawczy, ale do pewnego stopnia leczniczy. Stwierdzenie ropy w zatoce szczękowej jeszcze nie przesądza sprawy, czy mamy w danym przypadku do czynienia z ropnem zapaleniem, czy tylko z nagromadzeniem się ropy w zatoce. Musimy wykluczyć ropienie w wyżej położonych zatokach jak: zatoka czołowa, komórki sitowe przednie; przy przerostach śluzówki w środkowym przewodzie nosowym ropa zamiast do nosa, może spływać do zatoki szczękowej. Według nowszych badań, (Fiol i Onodi) mogą najbardziej przednie komórki sitowe uchodzić wprost do zatoki szczękowej. W razie obecności płynu surowiczego w zatoce radzi Schmidt płyn strzykawką po nakłuciu zatoki aspirować, a nie przepłókiwać; przy przepłókiwaniu bowiem obecność płynu surowiczego może łatwo ujść uwadze. Trudno nieraz orzec, czy jest zapalenie zatoki szczękowej, czy torbiel zębodołowa, wypełniająca całą zatokę. Rozdęcie światła zatoki, połączone ze ścieńczeniem ścian, przemawia za torbielą. Praktycznie nie ma to większego znaczenia, ponieważ operujemy obie sprawy podobnie (Zalewski). W wielu przypadkach można sprawę rozstrzygnąć dopiero zapomocą badania mikroskopowego ścian torbieli. O ile ropienie zatoki powstało na tle nowotworowem, wydzielina ropna jest swoiście cuchnąca, a wraz z wydzieliną wypłókują się często krwawo zabarwione martwicze części nowotworu. Zajęcie zatoki szczękowej na tle zapalenia szpiku kostnego szczęki zdarza się rzadko np. po zatruciach fosforem, w chorobach zakaźnych, np. dur brzuszny, płonica, albo u dzieci. Również bardzo rzadko powstaje ropienie na tle kiły trzeciorzędnej lub gruźlicy tak, że praktycznie przy rozpoznaniu prawie nie wchodzą w rachubę.

Postępowanie nasze w przypadkach zmian zapalnych w zatoce szczękowej zależy od stanu ogólnego chorego i od zmian miejscowych. W razie ostrego nieżytowego zajęcia zatoki wystarczy zalecenie spokoju, okłady na policzek, a od nosa jakiekolwiek krople, które powodują zmniejszenie się obrzęku śluzówki, szczególnie w okolicy otworu szczękowego. Niekiedy już po kilku dniach ostre sprawy kataralne ustępują. W razie podejrzenia, że sprawa zapalna w zatoce powstała na tle próchnicy zęba, należy źródło zakażenia usunąć. W stadjum ostrem należy o ile możliwe wstrzymać się od jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych (Moure). W ostrych sprawach wskazaniem do zabiegu chirurgicznego będą raczej objawy ogólne niż miejscowe. Najważniejszem jednak zadaniem jest ułatwienie wydzielinie wypływania do jamy nosowej i mechaniczne jej usuwanie. Prze-

płókiwania, jakie stosujemy, mają za zadanie dokładniej oczyścić zatokę, a prócz tego działają odkażająco. Środków, któremi przepłókujemy zatokę, jest bardzo dużo; ogólnie należy pamiętać, że silne środki drażnią błonę śluzową zatoki i wzmagają wydzielanie. Przepłókiwanie można robić zapomocą igły, którą robimy nakłucie. Przy powtarzaniu jednak przepłókiwania należy powtarzać nakłucie, co naturalnie ma swoje ujemne strony. Dlatego też wielu autorów podało rozmaitego rodzaju trójgrańce, zapomocą których można zrobić większy otwór w ścianie zatoki; przez ten otwór zapomocą odpowiedniej rurki przepłókuje się zatokę. Założenie większego otworu w ścianie zatoki ma jeszcze tę dodatnią stronę, że stwarza lepsze warunki opróżniania się ropy do jamy nosowej. W Klinice używamy trójgrańca i rurki Jurasza. W wielu przypadkach ten niewielki zabieg, który się robi w znieczuleniu kokainą i następowe przepłókiwanie zatoki wystarcza do wyleczenia sprawy chorobowej.

W przypadkach przewlekłych leczenie podobne nie daje pożądanego wyniku. Wtedy należy zdecydować się na zabieg chirurgiczny. Autorowie francuscy (Moure) już po 6—10 przepłókiwaniach przeznaczają chorego do zabiegu operacyjnego. Trudno oznaczyć, jak długo w poszczególnym przypadku należy zwlekać z operacją w nadziei wyleczenia na drodze zachowawczej. Każdy przypadek należy traktować osobniczo, zależnie od czasu trwania sprawy chorobowej, zmian miejscowych i stanu ogólnego.

Operuje się wyłącznie w znieczuleniu miejscowem. Na pół godziny przed zabiegiem chory otrzymuje 0.01 morfiny podskórnie. Operujemy w ułożeniu leżącem. Do znieczulenia używamy półprocentowej nowokainy z dodatkiem adrenaliny. Znieczulamy linję cięcia w przedsionku jamy ustnej, wstrzykując nowokainę podokostnowo na przedniej ścianie zatoki, następnie od strony nosa wstrzykujemy w okolicę *canalis incisivus* oraz podokostnowo na bocznej ścianie nosa, od jamy ustnej znieczulamy też nerw podoczodołowy. Przez wstrzyknięcie około 5 cm³ nowokainy wgłąb *fossa pterygo-palatina* znieczulamy drugą gałązkę nerwu trójdzielnego; igłę wkłuwamy tuż u nasady łuku jarzmowego wzdłuż guza szczękowego *(tuber maxillae)* po tylnej ścianie szczęki górnej. W ten sposób wykonane znieczulenie wystarcza do zupełnie bezbolesnego przeprowadzenia operacji, jedynie zachyłek pomiędzy ścianą oczodołową a przyśrodkową, a więc w pobliżu komórek sitowych może być nieco bolesny. Miejsce to należy po otwarciu zatoki znieczulić kokainą. Również przy sprawach nowotworowych znieczulenie niezawsze jest zupełne.

Operujemy przeważnie sposobem Caldvell-Luc'a, rzadziej posługujemy się sposobem Denkera. Cięcie w górnym załamku przedsionka jamy ustnej prowadzi się na pół cm powyżej dziąsła, począwszy od drugiego siekacza do drugiego zęba trzonowego poprzez części miękkie aż do kości. Odsuwając ku górze i bokowi części miękkie policzka, odsłaniamy przednią ścianę zatoki. Dłótujemy na *fossa canina* otwór, który następnie zależnie od wielkości zatoki rozszerzamy sztancą Hajeka. Wielkość zatoki bywa rozmaita, zależnie od rozwoju kośćca twarzy, wieku, płci i t. d. Według Schurcha objętość zatoki szczękowej u mężczyzn dorosłych po stronie prawej wynosi 16.8 cm³, lewej 18.5 cm³. U kobiet prawa zatoka — 10.8 cm³ a lewa 12 cm³. Zatoka szczękowa po stronie lewej jest więc przeważnie większa od zatoki szczękowej prawej. Po otwarciu zatoki błonę śluzową zatoki szczękowej usuwamy elewatorem, skrobaczką lub ostrą łyżeczką. W przeważnej części przyp. znajdowaliśmy błonę śluzową zatoki silnie zgrubiałą i przerosłą polipowato (90% przypadków). W jednym przypadku zatoka szczękowa była przedzielona całkowicie przez przegrodę, przebiegającą strzałkowo na dwie jamy, przyczem przyśrodkowa była wypełniona ropą, boczna szersza, o błonie cienkiej nie okazywała zmian zapalnych. W dalszym przebiegu operacji tworzymy dłótkiem w przyśrodkowej ścianie zatoki otwór poza kanałem łzowym i poniżej dolnej muszli zabierając tylko kość. Próg kostny pomiędzy dnem zatoki a dnem jamy szczękowej wygładzamy, przecinamy śluzówkę nosa, robiąc z niej płat podstawą zwrócony ku dołowi (Boeninghaus). Zatokę lekko tamponujemy od strony nosa, przyczem płatek wytworzony z błony śluzowej jamy nosowej wtłaczamy do światła zatoki. Wgłębienie płatka do jamy szczękowej ma zapobiec zarośnięciu otworu wytworzonego między jamą nosową a zatoką, ale i w takich przypadkach, w których płatu nie zrobiliśmy, ujemnych skutków następowych nie spostrzegaliśmy. Następnie zakładamy szew na ranę w przedsionku jamy ustnej. Usuwamy błonę śluzową zatoki szczękowej możliwiee dokładnie; inni radzą przy wyjmowaniu śluzówki ograniczyć się tylko do usunięcia makroskopowo zmienionej śluzówki, pozostawiając resztę śluzówki niezmienioną, a to celem szybszego pokrywania się nablonkiem ścian zatoki. Wycinania muszli dolnej zasadniczo nie robimy, jedynie w przypadkach z przerostem błony śluzowej odcinamy przerosłą część.

Operacja Denkera polega na tem, że do operacji Caldwell-Luc'a dodajemy wycięcie bocznej ściany nosa pod dolną muszlą; w tym celu zapomocą elewatora, jakiego używamy przy wycinaniu przegrody nosowej, odsuwamy od kości błonę śluzową w dolnym przewodzie nosowym możliwie daleko ku tyłowi, poczem kość usuwamy zapomocą dłótka i kleszczy kostnych, idąc od przodu ku tyłowi, przyczem zabiera się kość od dna nosa do muszli dolnej. Od wielkości jamy zależy jak daleko należy wycinać kość ku tyłowi. Z błony śluzowej jamy nosowej tworzy się płat podobnie jak przy operacji Caldwell-Luc'a. Przy operacji Denkera otwór w przedniej ścianie jamy szczękowej łączy się z otworem powstałym po wycięciu bocznej ściany jamy nosowej. Niewątpliwie operacja Denkera daje lepszy wgląd do zatoki szczękowej, niż operacja Caldwell-Luc'a. Wybór sposobu operacyjnego zależy od zmian chorobowych w zatoce.

Drugiego, trzeciego dnia tampony podciągamy od strony nosa, a mniejwięcej piątego dnia po operacji usuwamy tampon zupełnie. Z początkiem drugiego tygodnia po operacji przystępujemy do przepłókiwania. Chorych naszych wypuszczamy dopiero wtedy z leczenia klinicznego lub ambulatoryjnego, kiedy kilkakrotne przepłókanie nie wykaże śladu ropy. Niejednokrotnie mieliśmy sposobność kontrolowania naszych przypadków, w kilka tygodni lub miesięcy po operacji i zawsze zatoki wykazywały brak ropy. Tak więc w tych razach mieliśmy wyleczenia zadawalniające. Tylko w bardzo nieznacznej ilości przypadków pozostaje nieco śluzowej wydzieliny, która najczęściej uchodzi uwagi chorego, a którą stwierdza się przy przepłókiwaniu. Należy podkreślić, że autorowie, którzy poprzestają na usunięciu tylko schorzałej śluzówki, a pozostawiają resztę, która przy oglądaniu gołem okiem zdała się być zdrową, nie osiągali nigdy tak dobrych wyników. Przypuszczać więc należy, że w możliwie dokładnem usunięciu błony śluzowej zatoki leży przyczyna dobrych wyników. Usunięta śluzówka dość szybko odradza się bądź z resztek pozostałych śluzówki zatoki szczękowej, bądź też ze śluzówki jamy nosowej. Ważnem jest też stwierdzenie, czy w danym przypadku jest tylko schorzenie zatoki szczękowej. Szczególnie łatwo uchodzi uwadze bodaj nieznaczne ropienie w komórkach sitowych. Niektóre bardziej przednie komórki sitowe, jak to wykazał Fiol i Onodi, mogą uchodzić wprost do zatoki szczękowej. W znacznym procencie przypadków oprócz ropienia w zatoce szczękowej było bodaj rentgenologicznie stwierdzone zaciemnienie przednich komórek sitowych. Sprawa ta przeważnie ustępowała pod wpływem leczenia zachowawczego, po usunięciu głównego schorzenia w zatoce szczękowej.

Leczenie przebiega najczęściej bez jakichkolwiek zaburzeń. Spostrzegamy jednak występowanie pewnych powikłań w przebiegu okresu pooperacyjnego. Już pierwszego dnia po operacji występuje często obrzęk policzka, obrzęk ten ustępuje po kilkunastu dniach, tylko niekiedy utrzymuje się dłużej. Rana w przedsionku jamy ustnej zrasta się łatwo; w czterech naszych przypadkach utworzyły się przetoki, które bądź samorzutnie się zamykały, bądź operacyjnie je zamknięto. Co do zachowania się ciepłoty to najczęściej (65%) przebieg pooperacyjny jest bezgorączkowy, lub występuje zwyżka ciepłoty, utrzymująca się dwa do kilku dni (30%).W tych przypadkach wystarczy wcześniejsze usunięcie tamponu, w rzadkich przypadkach wyższa ciepłota utrzymuje się przez czas dłuższy. Utrzymujące się znaczniejsze podwyższenie ciepłoty wskazywać może na rozpoczynające się powikłanie. I tak w jednym przypadku w tydzień po operacji wystąpiło pryszczykowe zapalenie migdałków z ropniem okołomigdałkowym po stronie operowanej zatoki, w drugim zapalenie płuc i opłucnej, w trzecim ostre zapalenie ucha po stronie przeciwnej, w czwartym przypadku wystąpiła po operacji róża twarzy. Koenigstein na 300 operacyj miał 5 przypadków zapaleń migdałków; widział też przypadek obustronnego ropnego zapalenia ucha środkowego po obustronnej operacji zatoki szczękowej. Benjamins, Kindler podają przypadki powstania róży twarzy po operacji. W kilku przypadkach chorzy skarżyli się na przykre zmiany czucia w policzku i dziąśle po stronie operowanej, skutkiem przecięcia odpowiednich gałązek nerwowych przez poprzeczne cięcie w przedsionku jamy ustnej. Menzel podaje cięcie pionowe, które ma zapobiegać uszkodzeniu gałązek nerwowych w przedsionku, cięcia tego nie stosowaliśmy. W jednym przypadku operowaliśmy zatokę powtórnie, przyczem pierwsza operacja była wykonana gdzieindziej. W czasie operacji przekonaliśmy się, że przy pierwszej operacji zatokę otworzono jedynie od strony przedsionka jamy ustnej. Wedle podania chorego, już dwa tygodnie po pierwszej operacji ropienie wystąpiło ponownie. Nakłucie wykazało obecność ropy, a płókanie zatoki nie dało dodatnich wyników. Wykonaliśmy typowo operację sposobem Caldwell-Luc'a i w trzy tygodnie mogliśmy wypisać chorą wyleczoną.

Jako bardziej godne uwagi pozwolę sobie podać trzy przypadki zapalenia zatoki szczękowej po urazie.

W pierwszym przypadku chory został kopnięty w twarz przez konia. Powstała mała przetoka nazewnątrz z której stale wypływała ropa z zatoki. Od czasu do czasu pojawiała się ropa i w nosie. Stan taki trwał przez 10 lat. U chorego wykonano typową radykalną operację sposobem Caldwell-Luc'a, przyczem okazało się, że cała przednia ściana była wgnieciona wgłąb zatoki. W drugim przypadku chora, spadając z drabiny, wbiła się twarzą na gwóźdź. Gwóźdź wbił się poniżej lewego oczodołu, wystąpił obrzęk policzka, a potem ropień w częściach miękkich policzka; ropień na policzku nacięto. Po wygojeniu się rany pozostała na policzku silnie wciągnięta blizna. Chorą skierowano na Klinikę, z otworu w miejscu wbicia się gwoździa stale sączy się mała ilość ropy, dolna powieka silnie obrzękła. Rentgenologicznie stwierdzono zaciemnienie zatoki szczękowej. Wykonano operację sposobem Caldwell-Luc'a, przyczem stwierdzono ubytek w przedniej ścianie zatoki, odpowiadający zniszczeniu przez ciało obce. Wykonano plastyczne zamknięcie przetoki zewnętrznej, oraz operację plastyczną silnie wciągniętej blizny po nacięciu. W trzecim przypadku chory został uderzony laską w twarz, wystąpił obrzęk i zaczerwienienie policzka, podwyższenie ciepłoty. Rentgenologicznie stwierdzono wgniecenie ściany zatoki w okolicy *fossa canina* i wyrostka jarzmowego szczęki ku światłu zatoki szczękowej. Nakłucie zatoki wykazało ropę. Chory został wyleczony bez operacji. W sześciu przypadkach obustronnego zapalenia zatoki szczękowej, u dwóch chorych poprzestaliśmy na jednostronnej operacji, przyczem drugą stronę wyleczono bez operacji. W czterech przypadkach operowaliśmy obie zatoki sposobem Caldwell-Luc'a w 2—4 tygodniowym odstępie czasu.

Wogóle spowodu zapalenia zatoki szczękowej wykonaliśmy 80 operacyj sposobem Caldwell-Luc'a, z tego w 76 przypadkach jednostronnie, a w 4 przypadkach obustronnie i 13 sposobem Denkera. W 9 przypadkach wystąpiło zapalenie zatoki szczękowej na tle sprawy nowotworowej. Z tego 6 raków, 2 mięsaki, oraz 1 przypadek obustronnego zajęcia zatoki szczękowej klinicznie odpowiadający nowotworowi złośliwemu. W innych przypadkach włókniaków młodzieńczych, brodawczaków lub innych nowotworów, ropienie było nieznaczne i w obrazie chorobowym odgrywało drugorzędną rolę. Czy w tych dziewięciu przypadkach pierwotne było ropienie zatoki, wskutek którego wytworzył się nowotwór, czy odwrotnie, nowotwór, rozpadając się, spowodował przez ciągłe drażnienie śluzówki jej schorzenie, trudno jest powiedzieć. W pierwszym przypadku musielibyśmy przyjąć większą skłonność bądź ogólną, bądź miejscową u tych ludzi, do oddziaływania na bodźce bujaniem nowotworowem. Według badań Oppinkofera może ulegać nabłonek błony śluzowej zatoki szczękowej w przebiegu przewlekłego zapalenia metaplazji w nabłonek płaskokomórkowy, mógłby to więc być pierwszy stopień na drodze do wytworzenia nowotworu. w większości przypadków należy zdaje się jednak przyjąć drugą możliwość.

W dziesięciu przypadkach mieliśmy wyraźne ropienie w komórkach sitowych, z tego 8 razy prócz operacji radykalnej zatoki Highmora wykonaliśmy również wycięcie kości sitowej. W 14 przypadkach, obok zajęcia zatoki szczękowej, stwierdzono równocześnie ropienie w przednich komórkach sitowych i w zatoce czołowej. Z tego w 7 wystarczyła operacja zatoki szczękowej, u dwóch wykonaliśmy dodatkowo wyskrobanie komórek sitowych, w jednym przypadku wykonaliśmy podśluzówkowe wycięcie przegrody nosowej, a zatoka czołowa wyleczyła się bez operacji. W 4 pozostałych przypadkach obok operacji zatoki szczękowej wykonaliśmy również operację zatoki czołowej.

Zatoka czołowa zajęta była w 55 przypadkach, z tego w 30 przypadkach zmiany były tylko w zatoce czołowej, natomiast w 14 przypadkach w połączeniu ze zmianami w zatoce szczękowej i w komórkach sitowych, w 11 przypadkach wystąpiło jednoczesne zajęcie komórek sitowych i zatoki czołowej. Z 30 przypadków, dotyczących tylko zatoki czołowej 15 przypadków było ostrych i 15 przewlekłych. Z przypadków ostrych 11 wyleczono bez operacji a w 4 przypadkach wykonano operację; w 3 przypadkach spowodu powikłań wewnątrzczaszkowych, w jednym przypadku spowodu powikłań oczodołowych. Z 40 przypadków przewlekłych, 15 samoistnego ropienia zatoki czołowej leczono operacyjnie, z 14 przypadków zajęcia wszystkich trzech zatok t. j. zatoki szczękowej, czołowej i komórek sitowych, w 9 przypadkach zatokę czołową wyleczono zachowawczo, w 4 operacyjnie. Wreszcie w 11 przypadkach mieliśmy do czynienia z ropieniem w komórkach sitowych z nieznacznem zajęciem zatoki czołowej, w przypadkach tych zatokę czołową wyleczono zachowawczo.

Na 55 przypadków zatoka czołowa lewa była zajęta 27 razy, prawa również 27 razy. W jednym przypadku zapalenie obejmowało obie zatoki. Schorzenie to występowało częściej u kobiet (32 przypadki) rzadziej u mężczyzn (23). Przed 15 rokiem życia zapalenie jamy czołowej występuje tylko sporadycznie (2 przypadki). Po 15 roku życia ilość przypadków dość silnie wzrasta, osiągając najwyższe nasilenie między 25 a 30 rokiem życia (12 przypadków). Poczem liczba przypadków schorzeń zatoki czołowej opada jednostajnie. Rzadziej zdarzają się przypadki po 55 roku życia. We wszystkich okresach życia przypadki schorzeń zatoki czołowej u kobiet były częstsze, niż u mężczyzn, dopiero w czwartym dziesiątku lat stosunek między częstością powstawania tych zmian u obu płci się wyrównuje.

Zapalenia zatoki czołowej są wogóle rzadsze w porównaniu z zapaleniami zatoki szczękowej. Zmiany anatomiczne śluzówki zatoki w postaci polipów, torbieli i t. p. które często spotykamy w zatoce szczękowej, występują rzadko w zapaleniach zatoki czołowej; natomiast zmiany kostne zdarzają się znacznie częściej, bądź dlatego, że ściana przednia zatoki czołowej jest bardziej narażona na urazy, bądź dlatego, że łatwiej przychodzi do zatkania kanału, łączącego jamę czołową z nosem, a więc do zastoju ropy w zatoce przez co ściany ulegają prędzej nadżarciu przez ropę. Sprawę tę wyobraża sobie Hajek w ten sposób, że najpierw występują zmiany w błonie śluzowej, następnie zakrzepy w żyłach, wreszcie zmiany w okostnej i kości; w ten sposób powstaje martwica ściany i przetoka. Według Gerbera, przetoki dotyczą najczęściej przedniej, potem dolnej, rzadko tylnej, a wyjątkowo przyśrodkowej ściany zatoki t. j. przegrody oddzielającej jedną zatokę od drugiej. W naszym materjale były w trzech przypadkach przetoki na przedniej i 2 razy dolnej, t. j. oczodołowej ścianie zatoki. Według Hajeka powikłania kostne występują częściej u ludzi starszych; również Benjamins i Huizinga podnoszą, że powikłania oczodołowe, powstałe spowodu przebicia ropy do oczodołu, zdarzają się raczej u ludzi starszych. W naszych przypadkach wiek chorych wynosi 18—36—47—56 lat. Zmiany kostne powstają niekiedy także w postaci ścieńczenia lub zaniku ścian przy równoczesnem rozdęciu światła zatoki; najczęściej zdarza się to w przypadkach śluzaków zatoki, jednak nawet w przypadkach ropnego zapalenia zatoki może wystąpić rozdęcie światła, jeżeli kanał łączący zatokę z jamą nosową uległ od dłuższego czasu zatkaniu. Wreszcie podobnie jak w zatoce szczękowej mogą występować (niezmiernie rzadko) pierwotne zmiany kostne w kile trzeciorzędnej lub gruźlicy.

Wśród objawów podmiotowych pojawia się bardzo wcześnie ból w okolicy zajętej zatoki. Ból ten zmusza chorego niekiedy dość wcześnie do szukania porady u lekarza. Zapalenie zatoki czołowej z tego powodu mamy sposobność obserwowania od pierwszej chwili, nie tak jak w zapaleniach zatoki szczękowej, które mogą dłuższy czas pozostawać niezauważone. Naturalnie nie należy przeceniać tego objawu. Wiadomem jest, że niekiedy powstaje ból wyłącznie ograniczony do okolicy czoła również przy zajęciu innych zatok np. szczękowej. Ważnem jest stwierdzenie bolesności uciskowej ponad przyśrodkowym kątem oka. Bolesność ta jest często ściśle ograniczona do zatoki. Stwierdzenie wydzieliny ropnej w przednim odcinku lejka, podtrzymuje rozpoznanie; jednak ropa w tem miejscu może również pochodzić z przednich komórek sitowych. W razie rozdęcia światła zatoki, obrzęku części miękkich lub przetoki w okolicy zatoki czołowej — rozpoznanie jest łatwe. Bardzo pomocnem w rozpoznaniu jest sondowanie lub przepłókiwanie zatoki; niestety często jest to niemożliwe, bądź wskutek specjalnej budowy tej okolicy, bądź też wskutek zmian chorobowych uniemożliwiających wprowadzenie zgłębnika czy też rurki.

W razie niemożności przepłókania zatoki czołowej, kiedy i inne objawy zapalenia są słabo zaznaczone, rozpoznanie jest często trudne. Prześwietlenie zatoki czołowej, lub zdjęcie rentgenowskie nie może sprawy rozstrzygnąć. Należy wtedy po usunięciu przeszkód, stojących na drodze do zatoki czołowej, np. w postaci polipów, skrzywionej przegrody nosowej, podwinięcia przedniego końca muszli środkowej, starać się przepłókać od nosa zatokę czołową. Małe ilości ropy w wypłóczynach mogą również pochodzić z przednich komórek sitowych. W razie podejrzenia na obecność śluzaka należy wykluczyć sprawy nowotworowe zatoki, jak *osteoma, osteo-sarcoma, carcinoma* i t. p. a nawet *meningocele*.

Przystępując do leczenia, musimy uwzględnić to, że przy zajęciu zatoki czołowej bardzo często występuje zatkanie przewodu łączącego zatokę czołową z nosem. To zamknięcie światła kanału jest prawie zawsze względne i powstaje spowodu wtórnych zmian w okolicy ujścia nosowego tegoż kanału, lub też wskutek zmian w błonie śluzowej w samym kanale. Pewne wady budowy anatomicznej, jak np. skrzywienie przegrody nosowej, wąskość jamy nosowej, podwinięcie przedniego końca muszli środkowej, usposabiają jamy boczne nosa do częstych zapaleń.

Dok. nast.

J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

Choroba posurowicza a cierpienie zasadnicze.

Z Oddziału Zakaźnego Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Treść powyższego nagłówka wyłoniła się na jednem z posiedzeń Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w związku z wygłoszonym odczytem (P. G. L. 1935. Nr. 41. Str. 750—751). Sprawę poruszył Kokotek. Frenklowa nie spostrzegała korzystnego wpływu choroby posurowiczej na cierpienie zasadnicze, Kokotek taki wpływ widywał.

Zagadnienie, jak przebiega cierpienie zasadnicze w razie wystąpienia podczas niego choroby posurowiczej — zajmuje mnie od dłuższego czasu. Pisząc w tym przedmiocie (P. G. L. Nr. 46. 1933) użyłem nagłówka: „O zbawiennej postaci choroby posurowiczej". Tem samem więc ustosunkowałem się wyraźnie do omawianej sprawy.

Nad wpływem, co więcej, nad możliwością jakiegokolwiek wpływu choroby posurowiczej na schorzenie, w przebiegu którego do niej doszło, mało kto się zastanawia. Tak się rzecz ma z chorobą posurowiczą, chociaż ogólnie wiadomo, że powikłanie jednego schorzenia drugiem, może nieraz dawać pomyślną wypadkową; chociaż dobrze wiadomo, że zadany ustrojowi uraz wstrzyknięciem tego lub innego białka obcogatunkowego, wpływać może korzystnie na dotychczasowy stan dotkniętego tem czy innem cierpieniem. Gdyby nie dokonanie tego rodzaju spostrzeżeń, nie byłoby przeprowadzania zakażeń w celach leczniczych, dawniej — różą, a obecnie — gorączką powrotną a zwłaszcza zimnicą, nie byłaby także w powszechnem użyciu *proteinoterapja*. Można być pewnym, że zaczętoby się także liczyć częściej niż się to obecnie dzieje ze zbawienną postacią choroby posurowiczej, gdyby zechciano zwrócić uwagę na to, jaki nieraz obrót bierze cierpienie zasadnicze w związku z wystąpieniem choroby posurowiczej.

Dla przykładu podam dwa przypadki zbawiennej postaci choroby posurowiczej, które miałem sposobność widzieć w ostatnich miesiącach:

Dnia 19. VI. 1935 dowieziono na Oddział J. J., liczącego 24 lat, chorego od czterech dni. Stwierdzono u niego *meningitis cerebrospinalis epidemica*. Stan J. J. od początku ciężki, mimo kilkakrotnego upuszczania płynu mózgowo-rdzeniowego i mimo zastosowania nardzeniowo 140 cm³ surowicy swoistej w ciągu 7 dni (19. VI — 25. VI.) ulegał ciągłemu pogarszaniu tak, że już zwątpiono w możliwość wyzdrowienia chorego. Tymczasem dnia 28. VI. wystąpiła pokrzywka posurowicza, a z tą chwilą stan chorego uległ nagłej poprawie. J. J. odzyskał przytomność, przestał się zanieczyszczać, sztywność karku się zmniejszała. Poprawa z dnia na dzień postępowała szybko; dnia 2. VII. J. J. siadał już o własnych siłach, a dnia 5. VII. można już było mówić o zupełnem wyzdrowieniu. Widzimy więc, że u J. J. mimo wstrzykiwania surowicy swoistej choroba się nasilała, a niespodziewany zwrot ku dobremu nastał z chwilą wystąpienia choroby posurowiczej.

Dnia 5. VII. 1935 dostał się na Oddział M. H., liczący 33 lat, spowodu biegunki krwawej na którą zapadł przed czterema dniami. Głównemi przypadłościami M. H. były: parcie na stolec i częste jego oddawanie. W wypróżnieniach stwierdzało się śluz, krew i ropę. Rozpoznanie brzmiało: *dysenteria*. Leczenie, które zastosowano dnia 6. VII. polegało na podawaniu odpowiedniego pożywienia i odpowiednich środków ściągających. Pozostało ono bez wpływu na objawy chorobowe. Dzień w dzień bywało po 5—6 wypróżnień zawierających śluz, krew i ropę a parcie i bóle dalej trapiły chorego. Wobec tego dnia 15. VII. wstrzyknięto M. H. podskórnie 20 cm³ surowicy normalnej z myśla wywołania choroby posurowiczej. Istotnie w 10 dni później przyszło do choroby posurowiczej na którą się złożyły: gorączka utrzymująca się cztery dni (w jednym dniu doszła do 39.2°), pokrzywka i bóle w stawach. Od pierwszego dnia choroby posurowiczej ustała biegunka i wszystkie inne objawy czerwonki. Odtąd chory miewał już po jednem wypróżnieniu na dobę o wyglądzie i składzie prawidłowym. U M. H. wstrzyknięcie podskórne 20 cm³ surowicy normalnej nie odbiło się w niczem na przebiegu choroby, bo M. H. obok innych objawów miewał nadal 5—6 wypróżnieź na dobę zawierających śluz, krew i ropę. Natomiast wystąpienie choroby posurowiczej przerwało odrazu czerwonkę.

U. J. J. stosowano swoistą surowicę celem zadziałania na dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. U M. H. dokonano wstrzyknięcia surowicy normalnej z myślą wywołania choroby posurowiczej. U. J. J. była więc choroba posurowicza niezamierzona, natomiast u M. H. była z rozmysłem spowodowana. Ale u jednego i drugiego wywarła zbawienny wpływ na cierpienie w przebiegu którego wystąpiła.

W świetle przytoczonych przykładów jest rzeczą zrozumiałą, że u chorych nadających się po temu staram się korzystać z leczniczego wpływu choroby posurowiczej. W jaki zaś sposób przy tem postępuję, podałem pisząc: „O zbawiennej postaci choroby posurowiczej".

Lek. Karol SZYMOŃSKI. Warszawa.

W sprawie zespołu klinicznego i trudności rozpoznawczych przepukliny przeponowej.

Z Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych Szpit. Szkolnego C. W. San. w Warszawie.
Kierownik: Dr. M. Rosnowski.

Przepuklina przeponowa jest to cierpienie stosunkowo dość rzadko spotykane. Istotą choroby jest przemieszczenie trzew z jamy brzusznej do klatki piersiowej przez wrota przepuklinowe, wytwarzające się w przeponie.

Wrotami dla przepukliny mogą być według Ciechomskiego: otwory naturalne przepony, które mogą ulec rozszerzeniu, miejsca zależne od pewnych braków w budowie przepony (otw. Morgagni'ego i Bochdaleck'a), otwory powstające wskutek czynników bliżej nieznanych, oraz otwory urazowego pochodzenia, jak naprzykład w przypadku Skorki. Zawartość przepukliny przeponowej mogą stanowić prawie wszystkie trzewia jamy brzusznej, najczęściej zaś bywa nią żołądek, następnie poprzecznica, sieć, jelito cienkie, śledziona, wątroba, trzustka i wreszcie nerka.

W przypadku opisanym przez B. Pawłowskiego zawartością przepukliny były żołądek i część poprzecznicy.

Przepukliny przeponowe mogą być wrodzone i nabyte. Pierwsze z nich kończą się zazwyczaj zejściem śmiertelnem zaraz po urodzeniu noworodka, wskutek ucisku na narządy klatki piersiowej.

Umiejscowienie przepukliny bywa: zaprzeponowe, śródprzeponowe, śródpiersiowe przednie i tylne. Przepukliny Adamsa powstają w rozszerzonych anatomicznych otworach przepony. Przypadek przepukliny Adamsa opisał w nowszem piśmiennictwie Schatzki. Nadmierne rozciągnięcie i scieńczenie przepony powoduje przemieszczenie trzew do klatki piersiowej (tak zwane „wypadnięcie przepony" według Thoma).

Wyjątkowo tylko spotykano częściowy lub całkowity wrodzony brak przepony.

Zwykłem miejscem usadowienia się przepukliny jest lewa połowa przepony, co uwarunkowane jest stosunkami anatomicznemi.

Bezpośrednią przyczyną przepukliny, przy już istniejących zmianach przepony, jest ssące działanie klatki piersiowej oraz ciśnienie tłoczni brzusznej.

Objawy przepukliny przeponowej stanowią zaburzenia w oddychaniu, krążeniu i trawieniu (Pawłowski).

Najczęstszym objawem podmiotowym jest ból w dołku podsercowym oraz lewem podżebrzu, promieniujący do nerwu przeponowego i nerwów międzyżebrowych. Ból ten nasila się po uciskaniu nadbrzusza, przy głębokim wdechu oraz pochylaniu się ku przodowi. Zjawia się przy tem duszność nagle po wysiłku jak i podczas zupełnego spokoju, występuje przemieszczenie serca, kołatanie, często niemiarowość, sinica; ciśnienie krwi spada, tętno bywa przyśpieszone, drobne.

Znamiennem jest tu rozszerzenie i jakby opóźnianie ruchów oddechowych lewej połowy klatki piersiowej, zmniejszenie, a niekiedy zniesienie drżenia głosowego w okolicy przepukliny, brak uderzenia koniuszkowego serca, objawy pozornej odmy piersiowej. Czasami wysłuchuje się w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej przelewanie oraz bulgotanie, synchroniczne z ruchami oddechowemi. Objawom powyższym towarzyszą lub poprzedzają je zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: odbijania, czkawka, oraz napadowe bóle z wymiotami treścią pokarmową i śluzem, niekiedy z domieszką krwi. Wymioty występujące po spożywaniu pokarmów w pozycji pionowej, ustępują w przejściu do pozycji leżącej nawznak lub na lewy bok. Spostrzega się czasami utrudnione połykanie, szczególnie płynnych pokarmów. Pozatem mogą wystąpić bóle brzucha bez ścisłego umiejscowienia oraz gwałtowne zaburzenia jelitowe (biegunki lub uporczywe zaparcie stolca). Rozstrzygające rozpoznanie daje wynik badania rentgenologicznego.

Opisane objawy kliniczne, o ile dotyczą dużej przepukliny są nader charakterystyczne i nie nasuwają wątpliwości. Natomiast przepuklina przeponowa mała nie ma patognomonicznego zespołu klinicznego i przebieg jej jest zdradliwy. W sensie różniczkowo-

rozpoznawczym sprawa przedstawia się jeszcze bardziej zawiło, gdy równocześnie z przepukliną przeponową istnieją u chorego objawy lub stany chorobowe, niezależne od przepukliny. Przykładem tych właśnie trudności był obserwowany przez nas przypadek.

Z uwagi na pouczający zespół objawów, omawiam szczegółowo jego przebieg.

Chora Cz. Z. (L. ks. gł. 2741/35), lat 57, wdowa; przybyła do Oddziału dnia 20 kwietnia 1935 r. Podaje, że w grudniu 1933 r. miała gwałtowny napad bólu w prawem podżebrzu. Napad bólu wystąpił bez widocznej przyczyny, w czasie napadu miała nudności oraz wymioty. Po zastosowaniu zastrzyku bóle ustąpiły. W maju następnego roku gwałtowny napad bólów powtórzył się, trwał parę godzin. Cztery dni przed przybyciem na oddział zjawił się ból w prawem podżebrzu, równocześnie wystąpiły nudności oraz wymioty; ból ten następnie przesunął się na stronę lewą i obecnie wyraźniej odczuwa się w okolicy lewego podżebrza. Niezależnie jednak od tego utrzymuje się bolesność i po stronie prawej. W przerwach pomiędzy opisanemi napadami chora czuła się dobrze i, poza zaparciem stolca, żadnych wyraźniejszych dolegliwości nie odczuwała. W dzieciństwie chorowała na płonicę i odrę, przed 15-tu laty na zimnicę. Przed 11-tu laty operowana spowodu złośliwego nowotworu macicy. Dwukrotnie rodziła. Pozatem wywiady bez znaczenia.

Chora wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, otyła. Skóra o wyraźnem podbarwieniu żółtaczkowem, wiotka, sucha. Widzialne błony śluzowe różowo-żółtawe.

Białka oczu o zabarwieniu żółtaczkowem. Źrenice okrągłe, na światło, zbieżność i przystosowanie oddziaływują prawidłowo. Ze strony nerwów czaszkowych odchyleń nie stwierdzono.

Klatka piersiowa symetryczna, dobrze ruchoma w obydwu połowach; kąt międzyżebrowy zbliżony do prostego. Odgłos opukowy jawny na całej przestrzeni płuc; dolna granica płuc prawidłowo ustawiona, dobrze ruchoma. Szmer oddechowy pęcherzykowy.

Serce: granice prawidłowe, czynność serca miarowa, tony nieco głuchawe, podmuch skurczowy na koniuszku. Tętno 86 uderzeń na minutę, ciśnienie krwi 120 maks. 80 min.

Brzuch miękki, liczne rozstępy w podbrzuszu, w linji środkowej blizna pooperacyjna. Wątroba nie wystaje spod łuku żebrowego. W miejscu odpowiadającem położeniu pęcherzyka żółciowego, wyczuwa się twór podłużny, dość twardy, skierowany swym biegunem w stronę lewą i nadół, wrażliwy na ucisk; ponad tym tworem stwierdzono wzmożone napięcie mięśniowe. Śledziony nie wyczuwa się. Bolesność uciskowa w stopniu mniejszym w okolicy lewego podżebrza. Bolesność przy wstrząsaniu wątroby zaznaczona słabo. Objaw Goldflama obustronnie ujemny. — Kończyny zmian chorobowych nie wykazują.

Wobec wywiadu, żółtaczki oraz stwierdzonych objawów ze strony wątroby, rozpoznaliśmy zapalenie pęcherzyka żółciowego z zastoiną żółci, ze stanem zapalnym i zrostami; prawdopodobnie kamienie w pęcherzyku.

Dnia 2 maja 1935 roku stan pacjentki nieco lepszy, bóle w brzuchu zmniejszyły się. Temperatura 36,4°, tętno 90 uderzeń na minutę, dobrze napięte i wypełnione. Chora jednak podniecona ruchowo, często wymiotuje. Badanie moczu dało wynik następujący: c. gat. 1.030, białka 0,13‰, cukru brak; w polu widzenia osadu: 6—8 leukocytów, nieliczne krwinki, wałeczki 2—3 szkliste; z posiewu moczu wyhodowano ziarniaka saprofitycznego.

Skład morfologiczny krwi: Hb. 88%; wskaźnik barwny 1,1; krwinki czerwone 4,050.000 w 1 mm³, z oznakami nieznacznej anizocytozy: ciałka białe 14.000 w 1 mm³ w tem: obojętnochłonnych 86%, limfocytów 9%, monocytów 5%. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Wynik badania moczu przemawiał za zmianami w nerkach i wobec uporczywych wymiotów powstawało pytanie, czy nie mamy do czynienia ze stanem mocznicowym?

Dnia 3 maja 1935 r. Ciepłota 36,4°, tętno 86 uderzeń na minutę.

Chora często wymiotuje płynem wodnistym, pokarmów nie przyjmuje. Skargi na wysychanie w ustach, natomiast bóle w jamie brzusznej mniejsze, brzuch miękki.

Dnia 4 maja 1935 roku stan chorej gwałtownie i wybitnie się pogorszył; wymioty bardzo częste, wodniste, fusowate. Ciepłota 36,2°, tętno przyśpieszone do 120 uderzeń na minutę; ciśnienie krwi 115 maks. 80 min.

Badanie chemiczne krwi: mocznika 90 mg. %, chlorków 470 mg %, azotu 63 mg %.

Wynik badania chemicznego krwi przemawiał za mocznicą typu hipochloremicznego, powstają wskutek uporczywych wymiotów. Zmiany nerkowe należało więc rozumieć, jako współtowarzyszące.

Podawanie chlorków podskórnie i dożylnie w dużej ilości nie dało spodziewanej poprawy. Dokonano upustu krwi w ilości 300 cm³. W wymiocinach stwierdzono obecność krwinek czerwonych i barwików żółci, oraz duże złogi hematyny i sporo śluzu; ogólna kwasota wymiocin wynosiła 120, kwasu solnego wolnego nie wykryto.

Obecność dużej ilości krwi w wymiocinach tłómaczyliśmy wybroczynowem, mocznicowem zapaleniem błony śluzowej żołądka. Trwające wciąż wymioty uzależnialiśmy od toczącej się sprawy zapalnej w pęcherzyku żółciowym i wokoło niego, a zatem i wokoło odźwiernika żołądka.

Zadawaliśmy sobie pytanie, czy wspomniane wymioty są wyrazem niedrożności żołądka, czy też jego pobudzenia ruchowego. Niestety ciężki stan chorej nie pozwolił ani na badanie rentgenologiczne ani tem bardziej na zabieg operacyjny. Zastanawiającem było, że brzuch nie wzdęty pozostawał nadal miękki i prawie niebolesny. Nie stwierdzono również objawów stawiania się jelit.

W ciągu następnych dwóch dni stan chorej dalej pogarszał się, tętno było szybkie włosowate. Wymioty bardzo częste. We krwi ilość mocznika wzrosła do 250 mg %, zawartość chlorków wynosiła 500 mg %.

Dnia 7 maja 1935 roku chora zmarła.

Sekcja zwłok (wykonana przez Dr. W. Kalicińskiego) wykazała: *dilatatio cordis totius et infiltratio adiposa musculi, sclerosis aortae; hyperaemia et oedema pulmonum; hernia diaphragmatica paraoesophagea (hiatus oesophageus), volvulus ventriculi, dilatatio m. gr. fundi ventriculi, atrophia mucosae ventriculi; cicatrices omenti et mesenterii, peritonitis circumscripta, perigastritis, periduodenitis, perihepatitis chronica fibrosa; ulcera, erosiones et ecchymoses multiplices mucosae ventriculi; calculi cystae felleae, atrophia hepatis et pancreatis lipomatosa; nephrocirrhosis arteriosclerotica, degeneratio cystica ovariorum; defectus uteri; lipomatosis universalis.*

Szczegółowy opis badania anatomo-patologicznego jamy brzusznej: Jama brzuszna płynu nie zawiera. Otrzewna gładka, lśniąca w dolnej części brzucha, w okolicy wyrostka mieczykowatego matowa. Na otrzewnej żołądkowej w części przyodźwiernikowej, w miejscu skrętu żołądka, obfity nalot włóknikowo-ropny z licznemi wybroczynami wzdłuż linji skrętu żołądka. W miejscu tem otrzewna zgrubiała tworzy grubą smugę białawo-szarą. Żołądek w części dna i wpustu znacznie rozszerzony, wypełniony bardzo obficie płynną zawartością, częściowo wchodzi krzywizną małą i przednią ścianą w otwór przełykowy przepony; w 1/3 części od odźwiernika żołądek skręcony jest o 180 stopni w długiej osi. Żołądek jest przykryty siecią i jelitem grubem, pozostała zaś część jego t. j. dno, górna część trzonu i część wpustowa leżą w lewem podżebrzu. Sieć o bardzo obfitej podściółce tłuszczowej, podciągnięta ku górze pod wątrobę w dość silnych zrostach płaszczyznowych z pęcherzem żółciowym, brzegiem wątroby i częścią odźwiernikową żołądka, tworzy prawie jednolity blok. Otwór przełykowy przepony rozszerzony, swobodnie przepuszcza 4 palce w wymiarze poprzecznym i pionowym, prowadzi do torby wielkości dużej pięści, leżącej poza i pod sercem, a przed przełykiem.

Ustawienie przepony na wysokości 5 dolnych żeber, przepona zwiotczała.

Żołądek po otwarciu, w miejscu odpowiadającem linji skrętu i w jej otoczeniu, wykazuje liczne ubytki śluzówki równomiernej głębokości, wielkości od soczewicy do monety 10-groszowej. Błona śluzowa żołądka ogólnie ścieńczała o fałdach wygładzonych, naczynia znacznie rozszerzone i nastrzykniete.

W okolicy dna i części wpustowej bardzo obfite drobne wybroczyny, zlewające się i tworzące skupienia, dochodzące do wielkości dłoni. Zawartość płynna fusowata, cuchnąca. Odźwiernik i dwunastnica bez zmian.

Wywiad oraz stan obecny chorej w dniu jej przybycia do szpitala zdawał się nie nasuwać żadnych trudności rozpoznawczych.

Wyraźna zupełnie żółtaczka z objawami ze strony pęcherza żółciowego zwróciły uwagę w kierunku rozpoznania *cholecystitidis calculosae.*

W rozważaniach różniczkowo-rozpoznawczych przypuszczaliśmy istnienie zapalenia wyrostka robaczkowego, owrzodzenia dwunastnicy i żołądka, kamicy nerkowej, ostrej martwicy trzustki, rozlanego zapalenia otrzewnej. Szczegóły badania klinicznego jednak pozwoliły na wykluczenie tych jednostek chorobowych.

W ciągu pierwszych trzech dni stan chorej nie budził poważniejszych obaw. Brak jednak poprawy pod wpływem leczenia, a nawet wybitne i, co szczególnie należy podkreślić, gwałtowne pogorszenie w następnym dniu zmusiło nas do szukania innych spraw, mogących wikłać obraz choroby.

Wynik badania moczu wskazywał niewątpliwie zmiany nerkowe. Jednakże mocznica, którą obserwowaliśmy w przebiegu choroby, stała w związku z zagęszczeniem krwi i ubytkiem

chlorków we krwi w następstwie dłużej trwających wymiotów. Obecność krwi w wymiocinach oraz uporczywy charakter wymiotów, tłumaczyliśmy krwotocznem mocznicowem zapaleniem błony śluzowej żołądka. Zmiany zapalne okołożołądkowe nie ulegały wątpliwości, mogły więc one powodować niedrożność żołądka.

Sekcja zwłok wykryła przepuklinę przeponową typu Adamsa. Przepuklina ta była początkowo wolna: żołądek wypełniony opuszczał się pod wpływem swego ciężaru do jamy brzusznej, pusty był znowu wciągany do worka przepuklinowego. Ostatnio żołądek po wypełnieniu znów opuścił się do jamy brzusznej, lecz tak niefortunnie, że najpierw wypadło dno, powodując skręt żołądka o 180° dookoła jego osi długiej, co spowodowało całkowitą jego niedrożność.

Wrota przepuklinowe były utworzone przez otwór przełykowy w przeponie, rozszerzony przez odkładający się w nadmiernej ilości tłuszcz dookoła przełyku. Wrota te były dość szerokie i ułatwiały samoistną odprowadzalność przepukliny. Powyższy stan tłumaczy brak klinicznych objawów przepukliny.

Natomiast chraz chorobowy maskował zupełnie wyraźne objawy ze strony pęcherza żółciowego, zrostów otrzewnej, a poniekąd zmiany w nerkach. Zmiany nerek powstały wskutek ogólnej miażdżycy naczyń. Dalsza obserwacja kliniczna, pomimo obecności składników patologicznych w moczu, wykazała, że stanu mocznicowego chorej nie można było łączyć przyczynowo wyłącznie z chorobą nerek. Badanie pośmiertne potwierdziło powyższe przypuszczenie. Mimo to, zdaniem naszem, nie można całkowicie wykluczać udziału nerek w zespole mocznicy w naszym przypadku.

Zubożenie krwi w chlorki nie było znaczne: 470—500 mg % (w warunkach zaś prawidłowych 500—600 mg %). Znaczne zwiększenie się mocznika we krwi 90 mg %, a następnie 250 mg % pomimo podawania chlorków (w warunkach prawidłowych ilość mocznika we krwi wynosi 50—60 mg %) nie odpowiadało obniżonej nieznacznie ilości chlorków. Zapewne niedomoga czynnościowa nerek przyczyniła się w dużym stopniu do pogorszenia stanu zatrucia mocznicowego i gwałtownego pogorszenia stanu chorej.

Obok żółtaczki stwierdziliśmy wymacywaniem w miejscu odpowiadającem pęcherzowi żółciowemu twór, który mylnie rozpoznaliśmy, jako pęcherz w stanie zastoiny z obecnością kamieni. Twór ten był siecią zbitą w zrostach z otoczeniem.

W patogenezie eprzepukliny przeponowej u naszej pacjentki musimy z całą stanowczością podkreślić ów czynnik zrostów w otoczeniu żołądka. Zrosty okołożołądkowe utrudniały ruchy żołądka i jego opróżnianie się. Kurczenie się żołądka musiało przeto być bardziej energiczne.

W przypadkach zwężenia odźwiernika powstaje rozstrzeń żołądka i opadnięcie jego. W naszym przypadku zwykłe opadnięcie nie mogło mieć miejsca spowodu właśnie zrostów w otoczeniu żołądka.

W następstwie gwałtownych ruchów i „stawiania się" żołądka jego wolna część w okolicy krzywizny małej i dno wpuklały się w otwór przełykowy przepony i to tem łatwiej wobec ogólnego zwiotczenia przepony i skupienia się tkanki tłuszczowej wokoło przełyku.

Oczywiście zrosty okołożołądkowe przyczyniły się następnie i do skrętu żołądka wokoło jego osi długiej. Zrosty i zmiany otrzewnowe były znaczniejsze w okolicy odźwiernika i części przyodźwiernikowej. Krzywizna więc mała była częściowo utrwalona. Przepełniona i rozszerzona część żołądka opadła zatem nadół wywołując skręt żołądka.

Przyczyn powstania zrostów musimy dopatrywać się w stanie zapalnym pęcherza żółciowego i w otoczeniu jego, następnie zaś rozrost zrostów otrzewnowych zależny był i od zaburzeń w krążeniu krwi w naczyniach żołądka. Wpuklanie się żołądka do worka przepuklinowego musiało powodować zastoinę krwi w ścianach żołądka i w następstwie odczynowe zapalenie otrzewnej trzewiowej i ściennej, w dodatku u osobnika o mniejszej odporności tkankowej. Mieliśmy do czynienia z osobą w wieku starszym, otyłą, ze zmianami ogólnej miażdżycy naczyń i zmianami zwyradniającemi w narządach miąższowych.

W czasie, gdy przypuszczenie niedrożności w górnych odcinkach przewodu pokarmowego stało się prawdopodobne, badanie rentgenologiczne żołądka ze względu na bardzo już ciężki stan chorej było niemożliwe. Celowość tego badania wydawała się zresztą problematyczną, gdyż nawet ścisłe stwierdzenie stanu żołądka, nie skłoniłoby nas do oddania chorej w ręce chirurga, żadnego bowiem zabiegu napewnoby nie zniosła.

Brak objawów fizykalnych w wyniku badania klinicznego zależny był od ruchomości przepukliny, a w końcowym okresie choroby od tego, że tylko stosunkowo bardzo mały odcinek żołądka znajdował się w otworze przepuklinowym.

Natomiast zastanawiającym był brak wrażliwości uciskowej oraz napięcia mięśni w nadbrzuszu, pomimo ostrych zmian zapalnych otrzewnej żołądka.

Pamiętać należy, że wzmożenie napięcia mięśni powłok brzusznych stwierdzono jedynie w okolicy prawego podżebrza. Może być, iż mniejsza uciskowa wrażliwość była w związku z ogólną otyłością chorej i w szczególności ze znacznem skupieniem tkanki tłuszczowej zarówno w powłokach brzucha, jak i w sieci i w otoczeniu żołądka. W ten sposób wyniki badania w naszym przypadku były skąpe i niemiarodajne.

W przypadku opisanym zasługuje na uwagę szczególny zespół kliniczny: powikłany obraz przepukliny przeponowej i brak charakterystycznych danych badania fizykalnego, u osobnika ze współistniejącemi zmianami w narządach wewnętrznych.

S t r e s z c z e n i e.

Przypadek przepukliny przeponowej u osoby otyłej, ze zmianami ogólnej miażdżycy naczyniowej i zmianami zwyrodniającemi w narządach miąższowych. Przepuklina powstała w otworze przełykowym przepony, rozszerzonym skupieniem tkanki tłuszczowej. W dalszym przebiegu przepukliny powstał skręt żołądka.

Czynnikami ułatwiającemi powstanie przepukliny były rozległe zrosty w otoczeniu żołądka, powstałe w następstwie obecności kamieni w pęcherzu żółciowym i jego zapalenia. Zrosty te w dalszym przebiegu zwiększały się wskutek zaburzeń w krążeniu krwi w naczyniach żołądka, wpuklającego się do worka przepuklinowego. Powikłaniem przepukliny był stan zatrucia mocznicowego, do ciężkości którego przyczyniły się również zmiany miażdżycowe nerek.

Spowodu zawikłanego obrazu klinicznego oraz braku wyraźnych danych badania fizycznego ścisłe rozpoznanie za życia napotykało na duże trudności i ustalono je dopiero w badaniu pośmiertnem.

Piśmiennictwo:

P a w ł o w s k i: Lek. Wojsk. T. 23. 1931. — C i e c h o m s k i: Polski Przegl. Chirurg. T. 2 i 3. 1923. — S k o r k o: Lek. Wojsk. T. 16. 1930. — P o l g u r: Röntgenpraxis. T. 6. 1934. — S c h a t z k i: Deutsch. Arch. f. Klin. Med. T. 173. 1932.

Dr. Konrad FIJAŁKOWSKI. Asystent Oddziału. Lwów.

Leczenie Stovarsolem upławów pochwowych wywołanych przez trichomonas vaginalis.

Z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala U. S.
Ordynator: Dr. Maksymiljan S e i d l e r.

Jednym z najczęstszych objawów chorobowych, które znajdują się w leczeniu u lekarza ginekologa, są upławy. Schorzenie to przykre dla chorej, wpływające szczególnie ujemnie na jej psychikę, sprawia często swoją opornością wiele kłopotu i wymaga sporo cierpliwości zarówno ze strony lekarza, jak leczonej. Skuteczność tego leczenia jest zależna przedewszystkiem od trafnego rozpoznania, co nie sprawia trudności, jeżeli się ustali zmiany anatomiczne wywołujące upławy.

Są one następstwem schorzenia błony śluzowej pochwy lub jej nabłonka, zmian części pochwowej, schorzenia jamy, szyi macicy, wreszcie schorzenia trąbek; mogą one wreszcie powstać skutkiem schorzenia ogólnego, wyniszczenia ustroju, niedokrwistości i zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu. Za daleko jednak zaprowadziłoby nas przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego upławów, co zresztą nie jest celem tej pracy. Mam zamiar zająć się specjalnym typem upławów, wywołanych przez pierwotniaka rzęsistka pochwowego *(trichomonas vaginalis)*. Upławy przezeń wywołane, w razie nierozpoznania właściwej przyczyny, są bardzo oporne w leczeniu.

Chora, która niejednokrotnie przeszła długotrwałe i różnorakie leczenie, jest przygnębiona i zniechęcona bezskutecznością zabiegów, przybitą stałem uczuciem wilgoci sromu i bielizny, ciągłą myślą własnej nieczystości i niechlujstwa.

Dołącza się do tego bezsprzecznie osłabienie fizyczne, wywołane stałą utratą białka, co w sumie ujemnie wpływa na ustrój i psychikę pacjentki.

Powodem jest nieścisłe rozpoznanie i szablonowe leczenie, gdyż wykazanie w wydzielinie tego pasorzyta i celowe leczenie

w stosunkowo krótkim czasie, musi prowadzić do wyleczenia lub do znacznego polepszenia.

Rzęsistek pochwowy, odkryty w r. 1836 przez Donné, jest to pierwotniak z grupy wiciowców, wielkości 8—12 na 12—30 μ wrzecionowaty lub bardziej okrągły, samoistnie się poruszający zapomocą rzęsek. Znajduje się on w 40—50% wszystkich upławów oraz w znacznie większym odsetku w upławach ciężarnych. Dawniej uważany był za pasorzyta niechorobotwórczego, jak podaje Rodenwalt w r. 1912, znajduje się w 30—40% w wydzielinie pochwowej kobiet zdrowych, nie wywołując u nich zmian chorobowych. Schmid i Kamniker uważają, że ten pasorzyt, o szczepach różnej jadowitości w pewnych warunkach, jak np. uszkodzenie nabłonka pochwy, może stać się chorobotwórczym.

W r. 1916 Hoehne podkreślił, że stwierdzenie tego pasorzyta w upławach nie jest sprawą przypadkową i obojętną, lecz że jest on przyczyną wywołującą ropne zapalenie pochwy.

Zapalenie to cechuje się zwyczajnie wydzieliną obfitą, rzadką, białawą, pienistą, zwykle bezwonną, sprawiającą dzięki swej obfitości, uczucie swędzenia w sromie. Przedsionek pochwy jest zaczerwieniony, niekiedy jakby pokryty plamkami czerwonemi, przyczem szczególnie u ciężarnych mogą powstać drobne owrzodzenia lub wybujałości, jak kłykciny kończyste. Omawiane schorzenie jest dość oporne w leczeniu szczególnie spowodu jego skłonności do nawrotu. Zarazek dostaje się do pochwy najprawdopodobniej z dolnych odcinków przewodu pokarmowego.

Schröder i Loesser uważają, że pienistość wydzieliny spowodowana jest przez specjalny zarazek *micrococcus gazogenes alcalescens*. Twierdzenie to nie wydaje się słusznem, bo wydzielina może mieć oddziaływanie kwaśne, zasadowe lub obojętne.

Drobnowidowo, poza rzęsistkiem stwierdza się bujną różnorodną florę, liczne złuszczone nabłonki oraz niewielką ilość leukocytów. Rzęsistek pochwowy występuje w pochwie w dwóch postaciach, bądź w postaci wegetatywnej *(flagellata)* lub w postaci przetrwalników (cysty).

W kropli wiszącej łatwo go się rozpoznaje dzięki ruchom własnym, szczególnie wtedy, gdy w pobliżu pierwotniaka znajdują się drobnoustroje, ciałka ropne lub nabłonki, które rzęskami zostają odrzucane.

Leczenie omawianego zapalenia pochwy może być skuteczne tylko wtedy, gdy rzęsistka stwierdza się w wydzielinie, a także jeśli środek leczniczy zabije nietylko rzęsistka dojrzałego, ale również przetrwalnika, cysty.

Do leczenia tego schorzenia firma Bayer-Meister Lucius wprowadziła ostatnio z dobremi wynikami, preparaty *Spirocid* i *Devegan*.

Preparat ten sporządzono najpierw we Francji, gdzie badany przez L. Fourniera, S. Levaditi, A. Navarro-Martin'a uznany został za wysoce wartościowy i pod nazwą *stovarsol* został wprowadzony do handlu. W następstwie tych badań zaczęto wyrabiać w Niemczech analogon-*Spirocid*.

Na rynku polskim znajduje się odpowiednik *Spirocidu* wprowadzony przez firmę „Spiess" *Stovarsol natrium* i *Stovarsol*. *Stovarsol natrium* jest to sól sodowa kwasu oksyacetyloaminofenyloarsinowego. *Stovarsol natrium* znajduje się w handlu w proszku i w ampułkach, zaś *Stovarsol*, czyli kwas oksyacetyloaminofenyloarsinowy w postaci pastylek.

Obecnie jest on stosowany jako środek leczniczy i zapobiegawczy w leczeniu kiły. Zastosowaliśmy ten środek na naszym Oddziele w leczeniu upławów, wywołanych przez rzęsistka. Wogóle leczonych było 29 chorych, w tem dwie mające równoczesne zmiany anatomiczne narządu rodnego, jak nadżerkę części pochwowej, oraz owrzodzenie na części pochwowej pochodzenia urazowego.

W tych obu przypadkach wynik leczenia był ujemny. Rzęsistek pochwowy po kilkudniowem leczeniu znikł z wydzieliny pochwowej, jednak uzyskanie prawidłowej wydzieliny mogło być osiągnięte dopiero po usunięciu zmian anatomicznych. W 2 przypadkach chodziło o przygotowanie chorych do *uterosalpingografji*, u obu chorych stwierdzono IV stopień zanieczyszczenia pochwy, oraz rzęsistka pochwowego. Stosowaliśmy Stovarsol przez 8 dni i uzyskaliśmy znaczne zmniejszenie upławów i ukazanie się pałeczek Doederleina, tak że można było przystąpić do wypełnienia macicy. W 6 przypadkach przy stosunkowo nieznacznych przewlekłych zapalnych zmianach w przydatkach uzyskano znaczne polepszenie stanu miejscowego, skąpszą wydzielinę, zupełne ustąpienie rzęsistka, mniejsze upławy i pojawienie się poszczególnych laseczek Doederleina.

W jednym przypadku chodziło o wykonanie przerwania trzymiesięcznej ciąży; wykonanie zabiegu spowodu obfitych upławów było ryzykowne. W przypadku tym szóstego dnia wydzielina wykazała III stopień czystości tak, że można było przystąpić do wykonania zabiegu.

Wreszcie w jednym przypadku u chorej 26-letniej z silną niedokrewnością i wynędzniałej leczenie szło bardzo opornie, rzęsistka po tygodniu wprawdzie nie wykazano w wydzielinie, jednakże wydzielina w dalszym ciągu była obfita i był IV stopień zanieczyszczenia. W przypadku tym upławy były nietylko wyrazem schorzenia miejscowego, ale również wyrazem niedomogi ogólnej ustroju.

W leczeniu naszem, wyjąwszy 2 przypadki, w których posługiwaliśmy się *Stovarsol-natrium*, stosowaliśmy pastylki Stovarsolu, które wkładaliśmy po przepłókaniu i osuszeniu pochwy po jednej, lub dwie w sklepienie pochwy, następnego zaś dnia po przestrzyknięciu i osuszeniu pochwy zabieg powtarzaliśmy. Pastylki, które początkowo stosowaliśmy, znajdowaliśmy na drugi dzień częściowo nierozpuszczone. Z tego też powodu zakładamy obecnie pastylki zwilżone w wodzie.

Wydzielinę pobieramy i oglądamy w kropli wiszącej z dodatkiem rozczynu fizjologicznego, przyczem jest ważnem oglądanie preparatu w jaknajkrótszym czasie po pobraniu, gdyż pasorzyty po obniżeniu się ciepłoty w krótkim czasie giną, tracą samoistne ruchy, tak że rozpoznanie ich w preparacie *in vivo* staje się niemożliwem. Dolna granica ciepłoty dla rzęsistka wynosi 18°. Wydzielinę kontrolowaliśmy co 2, 3 dni, przyczem stwierdziliśmy, że w około 4—6 dni nie można było wykazać *trichomonas vaginalis*. Leczenie trwało przeciętnie 10—14 dni, poczem zalecaliśmy przepłókiwanie płynem Martina. U ośmiu pacjentek stwierdziliśmy po upływie miesiąca nawrót, tak że leczenie musieliśmy powtórzyć. W dwóch przypadkach stosowaliśmy *Stovarsol natrium*, który daje również wyniki dobre i jest wygodny w stosowaniu przez rozpylanie, ma jedynie tę ujemną stronę, że jest kosztowniejszy od leczenia Stovarsolem, gdyż odrazu musi się zniszczyć całą ampułkę. Objawów ujemnych ubocznych po zastosowaniu wymienionych preparatów nie zauważyliśmy, choć bezsprzecznie w pewnej ilości Stovarsol, podobnie jak i inne środki lecznicze wchłaniane są przez pochwę.

Chore otrzymywały razem około 6—8 g.

Należy wreszcie zauważyć, że u wieloródek z szerszą pochwą można zalecić zakładanie pastylek przez same chore, jedynie należy położyć nacisk na jaknajgłębsze wprowadzenie tabletki, możliwie najbliżej części pochwowej.

Piśmiennictwo:

Fuge K.: Med. Klin. II. 1933. — Hees E.: Klin. Woch. II. 1933. — Koelsch R., Tsutsulopulos G.: Münch. med. Woch. II. 1933. — Stoeckel: Hdb. d. Gyn.

FELJETON.

„Przy nowej orce".

Do Czytelnika prośba od autora zamiast słowa wstępnego:

Całą pracę poniższą, jaka ukazywać się będzie w odcinkach feljetonowych, nie należy uważać za jakąkolwiek chęć moralizowania kogokolwiek lub krytykowania kogoś albo czegoś.

Wolna od wszelkiej polityki, jest ona jedynie uważnem wejrzeniem na to, co dziś istnieje, pod kątem tego, co jutro u nas w dziedzinie lecznictwa być powinno. I tyle tylko.

Ktoby się z myślami, jakie na tem miejscu się ukażą, nie godził na skutek swego rzeczywistego przekonania, proszony jest o łaskawe kierowanie pod adresem autora swych spostrzeżeń, a otrzyma, zależnie od poruszonej sprawy (z zachowaniem całkowitej dyskrecji), bądź wyjaśnienie, bądź szczere podziękowanie za udzielone uwagi.

W dobie kryzysu.

Czy dzisiejsi ludzie zdają sobie sprawę z tego, jakie olbrzymie dobrodziejstwo przynoszą czasy obecne?

Dla ludzi, którzy chcą czegoś lepszego — dobrodziejstwo wprost nieocenione!

Wszyscy słyszymy dokoła urągania i narzekania i sami często urągamy — kryzys, kryzys i kryzys — tak, iż czasami wydaje się, jakbyśmy doprawdy zaniewidzieli, iż widzimy tylko braki i zło, a nie dostrzegamy tego olbrzymiego dobrodziejstwa, jakie niosą czasy dzisiejsze, mimo swego brzemienia.

Że brzemię to wypływa jedynie z naszego biernego ustosunkowania się do życia, to pojmuje dziś już wielu. Ale dobrodziejstwa czasów obecnych mało kto dostrzega.

Urągamy więc, że wszędzie i wszystko jest złe, że niema poczucia władzy, ani jej poszanowania, że wogóle niema władzy i że każdy robi, jak mu się podoba.

A czyż nie widzimy dziś, kiedy panuje właśnie tak wielka skłonność do dowolnego postępowania, tego, że istotnie: w postępowaniu swojem człowiek może czynić tak, albo inaczej — że w postępowaniu człowieka istnieje możliwość wszelkich dowolności!

Czyż niezdolni jesteśmy wyciągnąć z tego odpowiednich konsekwencyj praktycznych?

Toć to właśnie olbrzymie dobrodziejstwo czasów dzisiejszych, że udowadniają one ludziom namacalnie i ponad wszelką wątpliwość niezbicie, że w postępowaniu swojem człowiek jest wolny i nieskrępowany niczem!

Czy kto dostrzega ten fakt i pojmuje, czy nie, lub go neguje, rzeczywistością niezaprzeczalną jest to, iż czasy obecne w postaci tego faktu dają ludziom dźwignię i skarb nieoszacowany, ale zarazem i wskaźnik ostrzegawczy (również nieocenione dobrodziejstwo! jeśli tylko ktoś to zrozumie) — iż takie tylko powstają warunki i takie rzeczy, jakie jest postępowanie człowieka, a on jest takim i takim się staje, jakiem jest jego postępowanie.

Poza wolnością bowiem człowieka w postępowaniu, czasy dzisiejsze wskazują również dobitnie i na to, że gdy chodzi o skutki postępowania, to tu już niema zgoła żadnej dowolności, lecz przeciwnie: z postępowaniem jest związane jaknajściślejsze następstwo — że jeśli ktoś postępuje źle, zły jest wynik, jeśli postępuje dobrze, dobry jest wynik i to na miarę ściśle taką, jakim był czyn.

Tego faktu również nikt dzisiaj zaprzeczyć nie zdoła!

Znała go już starożytność i zna go dziś lepiej od nas Wschód, jako *fatum*, jako *moira* lub *ananke*, — ale gdy Wschód nie pojmuje jeszcze należycie związku przyczynowego między losem i jego źródłem, Zachód współczesny nie docenia należycie związku konsekwencji z czynem.

Nam się w dalszym ciągu wydaje, że nam wszystko *wolno!* Gdy dzisiaj moglibyśmy tylko powiedzieć zgodnie z rzeczywistością, iż uczynić wszystko *można*.

Z tej ujawniającej się dziś powszechnie rzeczywistości któż powinien przedewszystkiem wyciągnąć wnioski praktyczne, jeśli nie świat lekarski, który z powołania swego jest przeznaczony do odnajdywania przyczyn chorób i do ich leczenia, a który, przedewszystkiem obowiązany do służenia Prawdzie, winien opierać się w swej pracy na *niezmąconem poznaniu rzeczywistości!*

Zwłaszcza w czasach dzisiejszych, gdy różni ludzie słabi i zamroczeni, nie mogąc powyższego faktu czemkolwiekbądź naruszyć, działają tak deprymująco na siebie i na innych przez głoszenie różnych nonsensów, uchodzących mimo to zazwyczaj za dobrą monetę, czyż świat lekarski nie ma przed sobą, gdy inni milczą, pełnego obowiązku wskazywania społeczeństwu odpowiedniej prawdy bez jej naginania ku jakimkolwiekbądź celom ubocznym własnym lub cudzym — tak, jak czynili to dawniej lekarze?

Ale niestety, musimy się i z tą prawdą zgodzić (i nie lękajmy się tego!), iż dziś ogół lekarski jest może najbardziej wystawiony na zanieczyszczenie spośród innych stanów i bardziej może podlega nieświadomie tym wpływom i kierunkom, od którychby się z oburzeniem i obrzydzeniem odwrócił, gdyby miał na nie oczy otwarte! Gdy tymczasem, wskutek właśnie tej jego wielkiej nieświadomości, kryjącej się często pod płaszczem wielkiej erudycji zawodowej, technicznej, mogą dziś być publicznie szeroko i bezkarnie siane nonsensy w sprawach najkardynalniejszych — bodaj np. takie, że sprawiedliwości niema! że jest tyle zła wokół na świecie, tyle nieprawości uchodzi bezkarnie, a Pan Bóg nie karze, jakby sprawiedliwości nie było rzeczywiście!

Otóż czasy dzisiejsze uczą jaknajdobitniej, że jakkolwiek często w postępowaniu ludzkiem nietylko niema sprawiedliwości, lecz jest jawna niesprawiedliwość — Pan Bóg nie karze, gdyż zawsze karze siebie sam człowiek, lub bodaj tem, że postępuje niewłaściwie, nie czując nawet często, co to oznacza!

Toteż, jeśli jest dziś kryzys w świecie lekarskim, to jest i przyczyna jego i znajduje się ona nie gdzieindziej, tylko w tych, którzy go powodują i stanowią.

I jeśliby świat lekarski pod tym wpływem ustąpił naprawdę ze swego stanowiska i roli społecznej, od których dotąd oportunistycznie lub pod przymusem odstępuje dla celów materjalnych — spadłby świadomie ze szczebla szerzyciela oświaty, prawdy i ładu, do rzędu rozsadnika ciemnoty, barbarzyństwa i nieładu. (A naiwni tylko mogą sądzić, że są to tylko takie sobie powiedzenia lub przenośnie, a nie kryje się za niemi żadna rzeczywistość).

Chociaż więc wielu już tak się z istniejącym stanem zżyło, iż nawet nie odczuwają, że istotnie przeżywamy obecnie kryzys może w rzeczywistości nawet tak wielki, jakiego dotąd ludzkość nie znała, tem niemniej nikt nie może zaprzeczyć, że w pewnych momentach nie odczuwa czegoś, co go zmusza bodaj na chwilę do oderwania uwagi, przykutej do jego niezmiernie „ważnych" codziennych interesów.

O cóż więc w tem wszystkiem chodzi? I na czem właściwie ten cały kryzys polega?!

Otóż, jeśli w tych ciemnościach chcemy bodaj jeden krok uczynić naprzód, musimy z wielką cierpliwością rozpatrzyć całe zagadnienie.

I niech to nikogo tu nie dziwi ani obrusza, że poruszany tu temat będziemy rozpatrywali nieco może dłużej i jakby bezładnie, raz jakby tylko sam w sobie i jakby w zupełnem oderwaniu od wszelkiego kontaktu z życiem, to znowu na podłożu czynników, bezpośrednio z niem związanych i tętniących krwią żywą. Rozpatrujemy bowiem temat żywy i mocno nas wszystkich dotyczący, do którego musimy się też ustosunkować, jako ludzie żywi!

Musimy więc uznać przedewszystkiem tę prawdę, że skoro życie człowieka, niezależnie od wieku i innych okoliczności, jest niczem innem, tylko pasmem czynności i postępków, to i kryzys dzisiejszy jest zależny nie od czego innego, jak tylko od postępowania człowieka indywidualnego, którego skutki wpływają społecznie na stan ogólny pozostałych współobywateli w stopniu, zależnym od stanowiska danej jednostki.

Mylnem zgoła jest mniemanie dotychczasowe, że za postępowanie swoje człowiek jest odpowiedzialnym tylko wobec Boga i że „innym nic do tego, jak ja postępuję!"

Odpowiedzialność pozostaje w pełni odpowiedzialnością, ale trzeba dostrzec i zrozumieć konsekwencje tego, iż poza odpowiedzialnością skutki postępowania jednostki skupiają się przedewszystkiem na innych ludziach.

I dlatego trzeba dziś publicznie stwierdzać tę prawdę, że kryzys istniejący zależy od postępowania ludzi, a nie od jakichkolwiekbądź braków! Braki są wytwarzane przez postępowanie i tylko postępowanie odmienne może je usunąć.

I tu warto sobie przypomnieć, że poczucie odpowiedzialności za własne postępki jest miarą wartości moralnej człowieka.

Gdy dziecko nie pojmuje i nie rozumie przyczynowego związku między dokonaną przez się czynnością i jej skutkiem, człowiek dorosły posiada już w sobie olbrzymią moc, w postaci wewnętrznego głosu ostrzegawczego, który go zatrzymuje, gdy ma człowiek uczynić coś niewłaściwego. Lecz jakżeż często ten człowiek „dorosły" staje się mniejszym od dziecka przez niezwracanie na ten głos uwagi, będąc tak zajętym sobą lub innymi, iż dopuszcza do tego, że uwaga jego zostaje tak przykuta do tych zainteresowań, iż nie słyszy tego własnego głosu wewnętrznego.

Gdy chodzi o życie praktyczne codzienne, przestaje być zdolnym do należytego zrozumienia tego, co do niego mówi ktoś inny, tak już automatycznie i bezwiednie częstokroć nastawiając się doń (zwłaszcza, gdy ten ktoś jest od niego „niżej położony", jeśli mowa o sferach inteligencji, albo gdy jest „burżuj", jeśli mowa o sferach pracujących fizycznie) tak, jakby ten ktoś był zawsze jego przeciwnikiem.

A stan taki należy już do patologji.

Od czegoż więc mamy zacząć w naszym świecie lekarskim, żeby zaczęło stawać się lepiej?

Poczynania takie, jak prof. Michałowicza w dniu 14 listopada r. ub. wobec p. Ministra Opieki Społecznej mają niewątpliwie rację bytu. Ale któż nie zdaje sobie sprawy, iż w dzisiejszym stanie rzeczy są to poczynania połowiczne? I że najpomyślniejsze nawet ich rozwiązanie bynajmniej sytuacji ogólnej nie poprawi, a może ją nawet jeszcze bardziej pogorszyć.

Od czegożby więc należało zacząć?

Naszem zdaniem od stwierdzenia, że tylko *prawda* może wyzwolić, oraz od konsekwencji tego stwierdzenia — od podporządkowania się jemu w życiu całkowicie, jaknajkonsekwentniej, bez żadnych zastrzeżeń, bez żadnych targów ze sobą lub innymi.

A więc w pierwszym bezpośrednim rezultacie tego należy uznać, iż zasada podjętego działania naprawy musi być słuszna — tak jak zawsze gdy chodzi rzeczywiście o to, by wynik tego działania był należyty.

I od troski o to zacząć musimy — o odszukanie takiej zasady, któraby stała się niezachwianą podwaliną medycyny odrodzonej.

I tutaj doszliśmy do punktu zasadniczego, który jest osią całego wogóle zagadnienia kryzysu współczesnego i od zrozumienia którego zależy to, jaki będzie dalszy bieg dziejów medycyny, stanu lekarskiego i wogóle całej przyszłości społeczeństwa.

* * *

Musimy tu dojrzeć i nietylko uświadomić sobie to należycie — a więc nietylko „wiedzieć" — lecz i wyciągnąć wreszcie odpowiednie z tego konsekwencje życiowe, czyli zdobyć się na zaję-

cie właściwego stanowiska i czynnego ustosunkowania się do tego stanu rzeczy, że są *2* rodzaje pracowników i przewodników na niwie wiedzy i życia.

Że się tego właśnie w życiu należycie nie rozróżniało, to jest istotna przyczyna wszystkich bied, jakie ludzie ponosili, ponoszą i ponosić będą, jeśli stosunku swego do tego zjawiska nie uporządkują.

Kierować się tutaj sentymentem, jak to zazwyczaj zwłaszcza my, Polacy, czynimy, wyzbywać się swego zdania i pozwalać się wieść biernie temu, do kogo mamy pociąg nieoświetlany rozumem, jest rzeczą szkodliwą i niebezpieczną zarówno dla pokładających w ten sposób swe zaufanie, jak i dla tego, który przyjmuje zadanie przewodnika. (Co bynajmniej nie znaczy, żeby słuszną później rzeczą być miało kierować się animozją do kogoś, lub chcieć naprawiać swe błędy przez gwałty).

Zapominać o tem, że moralnym obowiązkiem człowieka jest mieć własne zdanie w tem, co się przyjmuje, a co bynajmniej nie jest równoznaczne z okazywaniem komuś swej niewiary, jest wskaźnikiem jedynie niskiego stopnia rozwoju.

I to jedynie tłómaczy ten fakt, że powojenne nasze społeczeństwo narówni traktuje dotąd w życiu codziennem wszystkich pracowników i przewodników na niwie wiedzy i życia, którzy tylko umieją dobrze mówić lub nawet chcieć, chociażby i szczerze, zapominając o tem nieświadomie lub naiwnie, jakie to wielkie pociąga za sobą skutki.

I zapomina się nadal o tem w życiu, że istotnie są dwa rodzaje pracowników i przewodników na niwie wiedzy i życia!

Jedni — czcigodni i szanowni, którzy bez oglądania się na jakiekolwiek względy utylitarne (im nawet na myśl nie przyjdzie to w trakcie ich pracy), lub na własny niepokój albo inne pobudki poziome, znoją się czystem sercem i umysłem i dlatego w rezultacie przynoszą ludzkości zdobycze rzeczywistej wartości. — Jak nurkowie z morza perły, tak oni ze świata zjawisk wynoszą prawdziwe ich zrozumienie, żywe. Są to Maxwelle i Curie-Skłodowskie w fizyce, Newtoni i Kopernikowie w astronomji, św. Tomasze i Alberci; jeśli sięgnąć pamięcią jeszcze bardziej wstecz Gracchowie i Mucjuszowie, gdy chodzi o życie socjalne, — Juljuszowie Cezarowie lub w nowych czasach Napoleonowie, gdy chodzi o kodeksy prawa cywilnego — to są ludzie, świeczniki jasne, powstające w każdym wieku i płonące na każdej płaszczyźnie ducha ludzkiego obok tych drugich.

Bo są wszak i drudzy przewodnicy i odkrywcy — „luminarze" i marjonetki własnych i cudzych impulsów — (lecz i tych należy nieraz uważnie posłuchać, bo mogą w swych przebłyskach chwycić coś dobrego), wprowadzający swemi odkryciami i poszukiwaniami zgiełk, kłótnie, harmider, zamieszanie i najczęściej tego rodzaju „rozjaśnienie" prawdy i umysłów współczesnych naiwnych, że ci nietylko zapominają zdobyczy pierwszych, ale mogą nawet zagubić samą drogę do tej krynicy, u której czerpią swe siły i życie pierwsi.

Drudzy umieją jedynie zaśmiecić tę krynicę i zabagnić życie i stosunki ludzkie, gdy wezmą się do przewodzenia. A uwolnienie się od czadu i zakopcenia atmosfery przez takich koryfeuszy i pionierów wiedzy i życia kosztuje później ludzkość i wymaga olbrzymich i, jak z historji powszechnej wiemy, długich nieraz wysiłków.

Dziś ta sprawa staje się już dla wielu jasna — i komu wola, może iść za światłami jednych lub przewodem drugich!

Gdy chodzi o nas, Polaków, ludzi z natury łatwowiernych i mało dbałych z początku o swoje własne dobro, łatwo o pomyłki, jednak w rzeczywistości te „świeczniki" mogą wodzić po manowcach tylko do czasu.

A jak szybko obudzimy się z tego letargu, jako społeczeństwo rozumne, zależeć już będzie od tych, którzy noszą i chcą zachować miano Polaków.

Jedną już mamy na tej drodze zdobycz z doświadczeń dotychczasowych o wartości nieocenionej, to, iż coraz bardziej szerzy się zrozumienie, że minął już bezpowrotnie czas, aby do poprawy stanu istniejącego mógł przyczynić się jakikolwiek gwałt, jakakolwiek rewolucja lub inne tego rodzaju odruchy zbiorowe, poza rzetelnym wysiłkiem jednostki na *rzeczywistej*, a więc innej niż dotychczas, drodze odrodzenia, nie poddającej się jakiemukolwiek zakłamaniu lub jakiemukolwiekbądź naciąganiu subjektywnemu albo zbiorowemu.

Gdy więc chodzi o płaszczyznę wiedzy w medycynie, mamy przed sobą bez żadnej wątpliwości wiele do uporządkowania i wiele zaszczytnej i rzetelnej pracy. A opierać się będziemy nie na czem innem, tylko na rzeczywistych zdobyczach wiedzy, naukowo udowodnionych i nieomylnych.

Pożegnamy się w ten sposób raz na zawsze z przygotowywaniem strawy dla innych na czyichkolwiekbądź pojmowaniach i opisach zjawisk, lecz podejdziemy do nich bezpośrednio, korzystając z nich w miarę naszych możliwości z pierwszej ręki bez pomocy obcych pośredników. Oddając w ten sposób za pośrednictwem Wiedzy hołd Rzeczywistości i Jej Stwórcy, poczujemy wreszcie jej smak rzeczywisty i nauczymy się pojmować Objawy zjawisk w ich znaczeniu prawdziwem!

Pojmiemy naprzód, iż najlepszem lekarstwem na kryzys współczesny jest „machnąć ręką" na cały ten kryzys, jakby go nie było, i na ludzi, którzy go tworzą i przysparzają, nie tracąc ich jednak z oczu i nawet sentymentu do nich, ani kontaktu z innymi ludźmi, i zacząć czynić coś rozsądniejszego od nich a bardziej pożytecznego dla innych naprawdę, — każdy w swoim zakresie i możliwościach.

Wtenczas napewno „troski" od nas odpadną.

Wprost nieocenionem dobrodziejstwem czasów dzisiejszych jest ujawnienie, że człowiek w postępowaniu swem jest wolny, oraz odsłonięcie tej sprawiedliwości, największej, jaka tylko niechybnie istnieć może, że z postępowaniem jest jaknajściślej, jaknajmatematyczniej, jaknajnieomylniej związane dokładne następstwo, chociażby kryło się ono ze swem ujawnieniem jaknajdłużej. Co za olbrzymia i wspaniała perspektywa dla człowieka we wszelkim kierunku!

I nie wolno dziś nikomu mówić, bez rumieńca zawstydzenia, o jakiejkolwiek niesprawiedliwości — każdy dziś ma to, na co zasłużył, i mieć będzie tylko to, do czego zmierzać będzie, albo do czego pozwoli się wlec innym.

Dr. Jerzy Kurczyński (Szreńsk).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

XV Międzynarodowy Kongres Fizjologów w Leningradzie i Moskwie.

Jeszcze w roku ubiegłym Instytuty i osoby zainteresowane otrzymały zaproszenia od komitetu organizującego kongres (od „orgkomitetu" (sowieckie zamiłowanie do skrótów)), zaproszenia do uczestniczenia w kongresie. Po niesłychanie nudnych, trudnych i żmudnych staraniach paszportowych wreszcie w dniu 6 sierpnia wyjechaliśmy, by w dniu 7 sierpnia 1935 roku przekroczyć granicę pomiędzy polską stacją graniczną Stołpcami, a sowiecką Niegoriełoje. Część uczestników przekroczyła już granicę w dniu poprzednim. Z Polski wyjechało na Zjazd 13 delegatów: ze Lwowa profesorowie Legeżyński, Klisiecki, Moraczewski, dr. Hołobut, dr. Ostern i ja, z Warszawy profesorowie Gutowski, Stopnicki, Sosnowski, docenci Wierzuchowski i Truszkowski i asystentka prof. Białaszewicza dr. Lubińska, z Krakowa prof. Kaulbersz, nie licząc kilku osób należących do rodziny delegatów, lub podróżujących dla celów czysto turystycznych. Reprezentowany był Lwów, Warszawa, Kraków, Bydgoszcz, oraz Górny Śląsk.

Zacznijmy opis podróży od Warszawy. Wsiadamy tu do pociągu naprawdę międzynarodowego. Widzi się w nim przedstawicieli rozmaitych narodowości i ras. Prawie wszyscy jadą na kongres. W przedziale, w którym jadę są — prócz mnie — sami tylko delegaci republiki czecho-słowackiej. W korytarzu starają się wzajemnie zrozumieć — z bardzo zresztą nikłym rezultatem — Hiszpan z Japończykiem. Pociąg jadący przez Warszawę, Białystok do granicy jest chyba najlepszym pociągiem w Polsce. Jadący ze mną Czesi chwalą ostentacyjnie szybkość i wygodę ekspresu.

Stołpce. Rewizja polska. Znowu wsiadamy do tego samego polskiego pociągu, który przewiezie nas na terytorjum sowieckie. Jedziemy. Mijamy szeroki pas zasieków z drutów kolczastych. Znajduje się on na terytorjum polskiem, potem jeszcze jest strażnica „KOP-u", wreszcie słupy graniczne i wielka drewniana brama triumfalna, pokryta czerwonemi transparentami z odpowiedniemi napisami. Przejeżdżamy przez bramę. Widzimy pierwszych bolszewików. Są to żołnierze. Grają w siatkówkę.

Stacja Niegoriełoje. — Wysiadamy. Mówią nam, żeby się o bagaże nie troszczyć, że wszystko będzie przyniesione przez tragarzy do budynku, w którym odbędzie się rewizja. Mimo to podróżni niosą sami mniejsze walizki. Jakaś skromnie ubrana, z papierosem w nakarminowanych ustach — panienka, jak się później okazuje funkcjonarjuszka sowieckiego rządowego biura podróży „Intourista" objaśnia, że przez cały czas podróży przez teren Związku Socjalistycznego możemy być o nasze bagaże zupełnie spokojni, bo — dodaje chełpliwie — „u nas złodziei niema".

Wchodzimy do budynku rewizyjnego. Budynek prawdziwie reprezentacyjny. Na dworze zaczyna się zmierzchać. Budynek wewnątrz rzęsiście oświetlony. Czystość wzorowa. Lśni metal lamp i okuć, lśnią nawoskowane posadzki. Na ścianach różnojęzyczne napisy — „Proletarjusze wszystkich krajów łączcie się". Prócz tego olbrzymie, artystycznie wykonane freski przedstawiające pracę ludzi na roli i w przemyśle. Personel w białych mundurach, paradnie ozdobionych złotemi galonami. Przez okna widzimy stojący z drugiej strony budynku niebieski, luksusowy ekspres transsyberyjski, złożony z samych wagonów sypialnych pierwszej klasy. Pierwszym celem naszej podróży jest Leningrad. Jedziemy pociągiem następnym.

Po ukończeniu bardzo zresztą pobieżnej rewizji ruszamy do naszego pociągu, równie reprezentacyjnego, jak ekspres transsyberyjski. Pociąg składa się z samych sleepingów i prócz tego posiada w swym składzie dwa wagony restauracyjne. Pociąg nazywa się „Krasnaja Strieła" — „Czerwona Strzała". Jest to pociąg jadący prawie wprost na północ. Pociąg jest lśniący, piękny. W potokach światła elektrycznego płynącego z okien świecą srebrzystym blaskiem nikle poręczy wagonowych. Same wagony, obite blachą lakierowaną na kolor granatowy, ozdobione są emblematami sowieckiemi. Przy otwartych drzwiach wagonów stoją pięknie umundurowani, życzliwie uśmiechający się konduktorzy i grzecznym ruchem ręki odzianej w nieskazitelnie białą rękawiczkę zapraszają nas do wnętrza.

Przed wejściem do wagonu idę obejrzeć lokomotywę. Jest pięknie udekorowana. Na przodzie umieszczony jest, oświetlony żarówką elektryczną, oszklony portret Kirowa.

Każdy ma zarezerwowane miejsce w przedziale. Przedziały są dwuosobowe. Jadę z docentem chemji fizjologicznej z Warszawy, dr. Truszkowskim. W tej chwili przebywa on już w Nowym Jorku, dokąd udał się na koszt fundacji Rockefellera.

Pociąg rusza. Dopiero drugiego dnia wieczorem mamy być w Leningradzie.

Do naszego przedziału wchodzi jegomość w rubaszce i zaprasza nas do wozu restauracyjnego na kolację. Kolacja jest bezpłatna. W dniu dzisiejszym i następnym jesteśmy gośćmi komitetu organizującego kongres. Jazda sleepingiem po całej Rosji sowieckiej jest również dla nas bezpłatna. Jest to prezent uczyniony nam przez rząd państwa proletarjackiego. Kwoty przez nas złożone stanowią tylko opłatę za hotele i posiłki w Leningradzie, Moskwie i gdzieindziej. Wydają się nam one zresztą bardzo wysokie, bo wynoszą ośm dolarów za dobę. Dla delegatów innych narodowości, a w szczególności dla obywateli Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej są to opłaty raczej niskie.

Kolacja w wozie restauracyjnym: mahoń, bronz, dywany. Potem kawior, ryby, jarząbki. Zaczynają strzelać korki butelek. Wina kaukaskie, krymskie. W wozie restauracyjnym gorąco. Idę spać.

Po drodze do mojego przedziału chcę zobaczyć, jak wygląda prawdziwa Rosja. Przyciskam czoło do szyby okiennej.. Nieprzenikniona ciemność.

Od czasu do czasu przeciągły, charakterystyczny dla kolei rosyjskich głos syreny naszego parowozu. Od czasu do czasu wagon zatacza się na zwrotnicach jakichś cichych, zapomnianych stacyjek. Nie widać nic.

Budzę się o godzinie ósmej rano. Wychylam się, by spojrzeć przez okno. Ogromne, ogromne pola. Ludzi nie widać. Ubieramy się prędko. Idziemy na śniadanie. Znowu ryby, mięsa, konfitury.

Wreszcie stacja. Wychodzimy z wagonów. Uderza nas bardzo zły stan ubrań ludności. Wszyscy są dla nas bardzo grzeczni. Wyglądają dobrze. Jedząc jabłka i pomidory, zawzięcie czytają książki i gazety. Przez otwarte okna zawiadowcy stacyjnego dochodzą nas dźwięki głośnika radjowego. Słyszymy marsz komsomolców, najpopularniejszą chyba w Rosji melodję, znaną nam z filmu p. t. „Świat się śmieje".

Stacja druga podobna do pierwszej, trzecia do drugiej.

Nad wieczorem konduktor grzecznie nas zawiadamia, że zbliżamy się do Leningradu. Coraz więcej domów. Przy torach pracują grube, czerwone dziewczyny. Uśmiechają się do nas. My do nich. Nad naszym pociągiem zjawia się samolot holujący na lince szybowiec. Zdala widać lśniące złotem kopuły.

Bardzo prędko, niespodziewanie wjeżdżamy w halę dworcową. Jesteśmy w Leningradzie. Żadnych oficjalnych powitań. Odbyły się one wczoraj przy przyjeździe grupy wcześniejszej.

Wychodzimy przed dworzec otoczeni fotografami i kinooperatorami. Wsiadamy do aut. Ja jadę do hotelu październikowego „Oktiabra". — Dostaję pokój wspólnie z prof. Stopnickim i dr. Hołobutem. Mamy łazienkę, w pokoju telefon.

Po kąpieli idziemy przed hotel. Ruch kolosalny. Hotel stoi na placu „Powstania", dawniej Aleksandra III. Na środku placu stoi pomnik tego Aleksandra III dłóta Pawła Trubeckoho. Na cokole pomnika umieścili bolszewicy napis „Pugało", t. j. strach. I rzeczywiście car-batiuszka wygląda strasznie. Dawniej może ta brodata, ponura postać na koniu była uosobieniem siły i potęgi, dziś przypuszczalnie dzięki nowemu napisowi — uosobieniem zła.

Przy placu stoi cerkiew. Wchodzimy. Zza ikonostasu dobiega nas śpiew kapłana. Ludzi niewiele. Właściwie nic ciekawego.

Wracamy do hotelu. Drogę przecina nam szybko idący orszak pogrzebowy. Otwiera korowód licha, grająca szybkiego marsza orkiestra, następnie jedzie biały, otwarty karawan zaprzężony w jednego konia. Na karawanie biała, heblowana trumna pokryta czerwoną materją. Za karawanem grupka szybko idących ludzi. Później tłumaczono nam, że był to pogrzeb członka partji, komunisty. Przy innych pogrzebach niema orkiestry i czerwonej materji.

Na godzinę 20-tą jedziemy przez cały Leningrad w otwartych „Lincolnach" i „Fordach" sowieckiej fabrykacji do muzeum etnograficznego, gdzie ma się odbyć zebranie towarzyskie celem wzajemnego zapoznania się uczestników kongresu.

Muzeum — chyba jedyne tego rodzaju na świecie — całe zaludnione nieruchomemi postaciami, lalkami woskowemi wyobrażającemi rozmaite rasy. Tu na kajaku znieruchomiał zaklęty ręką artysty eskimos, tam odbywa się egzekucja chińskiego więźnia. Złośliwie uśmiechnięte, skośnookie twarze katów i sędziów chińskich wywołują uczucie strachu. W jednej z sal orkiestra ubrana w białe obcisłe mundury gra ustawicznie „rumby" i „fokstroty". W wielkiej reprezentacyjnej marmurowej sali zastawione suto stoły: Kawior, ptactwo, ryby, wina. — Tu przygrywa orkiestra salonowa. Słychać Berlioza, potem Brahmsa.

Naraz słychać gromkie oklaski. Spowodowane one zostały ukazaniem się sławnego akademika, sędziwego, 86-letniego Iwana Pietrowicza Pawłowa. Mały energiczny staruszek. Uśmiecha się do wszystkich życzliwie. Każdy ma do niego przystęp. Prawdziwa wielkość nie potrzebuje stwarzać dystansu między sobą a otoczeniem. Sztuczny nimb prestiżowy Pawłowowi jest niepotrzebny.

Fotografowie i filmowcy pracują. Bezustannie słychać wystrzały magnezjowe. Fotografowie polują szczególnie na delegatów krain egzotycznych. Raz poraz ustawia się grupka Japończyków, ubranych w doskonale skrojone smokingi. Poszukiwani są też przez foto-reporterów ciemni Hindusi i Turcy.

Znowu słychać oklaski. To ujrzano akademika Uchtomskiego, starca z patrjarchalną, rozwichrzoną brodą. Uchtomski jest dawnym księciem, bratem admirała z czasów Cuszimy. Dziś jest on bożyszczem tłumów proletarjackich, prawie narówni z Pawłowem. Jego imieniem nazywane są ulice.

Po północy goście powoli zaczynają się rozchodzić. Błądzę po leningradzkich ulicach do godziny 2 w nocy. Z wysokich, ciemnych, kasarnianych kamienic wionie dostojewszczyzną.

Na drugi dzień o godzinie 11 przed południem uroczyste otwarcie kongresu w sali pałacu Uryckiego, dawnej „Dumy". (Pałac Taurycki). Sala kolosalna. — Każdy delegat ma swój pulpit, na którym leżą słuchawki radjowe. Przez włożenie ich wtyczek do odpowiednich gniazdek można każdą mowę słyszeć w języku rosyjskim, angielskim, francuskim lub niemieckim. W lożach prezydjalnych mikrofony.

Na wzniesienie witany burzą oklasków wchodzi w cudownym blasku jupiterów Pawłow. — „Otwieram XV Międzynarodowy Kongres Fizjologów" mówi Iwan Pietrowicz. W odpowiedzi wybucha niemilknący grzmot oklasków.

Pawłow objaśnia, że kongres otwarty przed chwilą przyszedł do skutku dzięki uchwale XIV Kongresu Fizjologów, który odbył się w roku 1932 w Rzymie, uchwale spowodowanej zaproszeniem delegacji bolszewickiej. Dalej mówi Pawłow z dumą o rozumnem ustosunkowaniu się Rządu Komisarzy Ludowych do spraw nauki w ogólności, a fizjologji w szczególności. Pawłow mówi o międzynarodowości nauki i uczonych, o stosunku świata nauki do świata pracy, o usiłowaniach obu tych światów zmierzających do ogólnego pokoju. Podkreśla pacyfistyczne nastawienie swojego rządu.

Wszyscy się na to godzą. Grzmot oklasków.

Przemawia imieniem rządu proletarjackiego jego przedstawiciel towarzysz Akułow, zasłużony rewulocjonista, były przywódca czerezwyczajki kijowskiej. Mówi prosto, twardo, uczciwie „my nie chcemy ni piędzi cudzej ziemi, ale też i nie damy piędzi naszej". Cieszy się wraz z całym narodem, że właśnie na jego terytorjum może odbyć się ta wspaniała manifestacja wiedzy i nauki. Potem mówi drżący, podtrzymywany przez swoich towarzyszy, prezes Sowieckiej Akademji Nauk, starczy Karpińskij, wreszcie prezes leningradzkiego Sowietu Kodackij.

Przemówienia powitalne skończone.

Pierwszy wykład naukowy wygłasza profesor Walter Cannon z Bostonu. Na niego teraz skierowują się trzaskające lufy aparatów kinematograficznych. Cannon wygłasza odczyt p. t.: „O chemicznych przewodzeniach bodźców nerwowych". Sprawy czysto naukowe przeplata odważnemi zdaniami. Krytykuje rządy burżuazyjne. Razporaz rozlegają się frenetyczne oklaski. Kto wie, czy one nie przyniosą Cannonowi zemsty jakiegoś Ku-Klux-Klanu.

Posiedzenie skończone.

W kuluarach bezpłatne bufety. Lody, lemonjady, wody mineralne.

Między godziną 15 a 18 posiedzenia poszczególnych sekcyj, odrazu w pięciu lokalach, i to w pięknych i znakomicie urządzonych salach „Wiborgskiego Domu Kultury" i „Medycznej Akademji Wojskowej". Sale odpowiednio przygotowane i zaopatrzone w aparaty projekcyjne i kinematograficzne.

Posiedzenia naukowe poszczególnych sekcyj rozpoczęły się w dniu otwarcia kongresu i odbywały się prawie codziennie z wyjątkiem niedzieli, dnia, w którym odbyło się drugie zebranie plenarne i dnia bankietowego od godz. 10 do 13 i od 15 do 18. Sekcje były następujące: „Centralny system nerwowy", „chemiczna dynamika spraw tkankowych", „wydzielanie wewnętrzne", „fizjologja komórki — jej wzrost i rozwój", „biochemja opisowa", „cykl życia płciowego", „farmakologja", „wyższa czynność mózgowa", „fizjologja nerwów i mięśni" i inne.

Na drugiem zebraniu plenarnem wygłosił referat profesor Józef Barcroft z Anglji, referat p. t.: „Szybkość niektórych procesów fizjologicznych" i profesor Orbeli z Leningradu. Tytuł jego odczytu: *„Der Schmerz und seine physiologischen Wirkungen"*. — „O bólu i jego fizjologicznych przejawach".

Wszystkie wykłady wzbudziły wielkie zainteresowanie członków kongresu, zapełniających szczelnie sale, zwłaszcza w czasie posiedzeń plenarnych. Odczyty na zebraniach poszczególnych sekcyj były wygłaszane w języku angielskim, francuskim i niemieckim; wywoływały one najczęściej dyskusję, niektóre bardzo żywą i długą. Wiele referatów było ilustrowanych przeźroczami, albo krótkiemi, przeważnie znakomitemi filmami. Prócz odczytów odbywały się i demonstracje. Szczególnie zajmującą była demonstracja japońskiego profesora Kato z Tokjo, który wypreparowywał poszczególne, pojedyncze włókna nerwowe.

W obszernych salach „Wiborgskiego Domu Kultury" była urządzona wystawa przyrodnicza ze szczególnem uwzględnieniem fizjologji, chemji fizjologicznej, histologji i anatomji, oraz działów pokrewnych.

Jeden z najbardziej interesujących punktów programu dla członków kongresu stanowiło zwiedzanie rozmaitych pracowni i instytutów naukowych, jak np. instytutów Pawłowa, Bechtierewa, Lesgafta i innych.

Instytuty Pawłowa. Są trzy. Dwa w samym Leningradzie, jeden w odległości 30 km od Leningradu w miejscowości „Koltuszy". Mistrz przebywa w każdym instytucie po dwa dni w tygodniu. W siódmym dniu mistrz odpoczywa. W każdym z instytutów znajdują się długie szeregi znakomicie izolowanych komór, w których mistrz umieszcza psy przeznaczone do badań nad odruchami warunkowemi, które teraz znajdują się na jego warstacie. Praca ta tak pochłania teraz Pawłowa, że zakończył dla niej swoje poprzednie tematy dotyczące działalności serca i żołądka, za których opracowanie dostał w roku 1904 nagrodę Nobla. Całe dziesiątki psów rozmaitych odmian. Dwa przemiłe szympansy Rafael i Roza, zamieszkujące kilkupokojowe, komfortowo urządzone i umeblowane małemi, przystosowanemi do ich wzrostu meblami. Pomnik psa, który tyle położył zasług dla ludzkości, szczególnie jako objekt w dziedzinie eksperymentu fizjologicznego wznosi się w ogrodzie.

Osada „Koltuszy" jest miasteczkiem dla uczonych. Celowe położenie zdala od gwaru ulic wielkomiejskich pozwala na spokojną pracę naukową. Całość położona wśród jezior, w krainie o charakterze finlandzkim nie jest jeszcze całkowicie wykończona. Zrobiono wiele. W planie jeszcze więcej.

Wracając stamtąd do Leningradu autem po dość kiepskiej drodze widzimy, jak z samolotu unoszącego się nad naszem autem ktoś wyskakuje. Po chwili wykwita biały dymek spadochronu. Po chwili drugi — ponieważ lotnicy sowieccy skaczą zazwyczaj na dwóch spadochronach: plecowym i piersiowym. Samolot — wykonując wielkie koła — towarzyszy spadającemu lotnikowi-paraszotyście, jak w Rosji nazywają „spadochroniarza". Nasze auto przystaje. Niedaleko drogi paraszotysta ląduje szczęśliwie, nawet nie przewracając się. Już w powietrzu uwolnił się z więzów spadochronu, a będąc tuż nad ziemią puścił trzymany spadochron skacząc na ziemię. Wymaga to — rzecz prosta — pewnej dozy odwagi, oraz umiejętności i wprawy. Przypatrujemy się naszemu skoczkowi. Nasz paraszotyst jest kobietą. Skakała bez pokrycia głowy. Ma czerwone policzki i gruby, długi warkocz. W tej chwili zajęta jest zwijaniem spadochronu.

Instytut im. Biechtierewa jest zakładem naukowym dla badania mózgu. Do r. 1927 dyrektorem tego instytutu był sam Władimir Bechtierew, fizjolog, anatom i psychjatra w jednej osobie. W roku tym zmarł on jako starzec siedmdziesięcioletni, a zwłoki jego zostały spalone w krematorjum. Prochy znajdują się w urnie umieszczonej w jego byłej kancelarji, zamienionej obecnie na mauzoleum jemu poświęcone. Nad biurkiem, przy którem kiedyś pracował, umieszczony jest jego portret. Widzimy na nim Bechtierewa w mundurze generała rosyjskiego z armji carskiej [1]). Na biurku i stołach leżą albumy pamiątkowe ofiarowane za życia Bechtierewowi. — Na szybach okiennych przeźrocza z przekrojami mózgu samego Bechtierewa.

Dok. nast.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 1. 1936. Itelson J.: Gościec mięśnia sercowego. — Venulet F., Goebel F. i Tislowitz R.: Wpływ amoniaku na równowagę kwasowo-zasadową. — Krzemieniecka A.: Wrażenia z trędowiska w Rydze.

Zdrowie Publiczne. Nr. 12. 1935. Borkowski W.: Walka z chorobami wenerycznemi. — Małkiewicz F.: Stan walki z chorobami wenerycznemi w Polsce. — Tobiczyk W.: Wpływ bytowania ludności huculskiej na jej zdrowotność. — Prażmowski W.: Odczyn Weil-Felixa na dur plamisty. — Gwircmanówna M.: Bakterje kazeolityczne (tlenowe) w mleku rynkowem. — Gryglewicz Z. T.: Zanieczyszczenie bakteryjne owoców i jagód.

Kronika Dentystyczna. Nr. 6. 1935. Rozensztrom J.: Własna metoda postępowania przy amputacji miazgi zębowej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 1. 1936.

Biologja Lekarska. Z. 8. 1935. Genevois M. L.: Przemiana komórkowa ciał glucydowych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 2. 1936. Itelson J.: Gościec mięśnia sercowego (dok.). — Alter N.: W sprawie rzekomobłoniastego zapalenia tchawicy i oskrzeli. — Epstein B.: Pochodne kwasu azotawego w moczu i ich znaczenie diagnostyczne w chorobach dróg moczowych. — Boguszewska M.: Niebezpieczeństwo przewlekłego działania tlenku węgla.

Rocznik Psychjatryczny. Z. XXV. 1935. Handelsman J.: XV lat Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. — Borowiecki St.: W sprawie programu psychjatrji polskiej. — Mazurkiewicz J.: Sen i czuwanie w cyklu życiowym człowieka. — Sterling W.: Zaburzenia psychiczne w przebiegu guzów mózgowia. — Rothfeld J.: O wartości lokalizacyjnej i patogenezie zaburzeń psychicznych w przebiegu guzów mózgu. — Handelsman J. i Messing Z.: O korelacji anatomiczno-klinicznej zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu. — Bychowski G.: Zasady analizy psychjatrycznej zaburzeń ogniskowych. — Dretler J.: Wpływ ogniskowych spraw mózgowia na obraz kliniczny schizofrenji. — Nelken J.: Zaburzenia psychiczne po postrzałach głowy. — Baranowski L., Borysowicz J., Marzyński M., Ossendowski A., Paradowski J. i Witek St.: Metodyka leczenia schizofrenji insuliną. — Rose J.: Zachowanie się cukru gronowego we krwi w przebiegu leczenia schizofrenji wielkiemi dawkami insuliny.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 2. 1936.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 1. 1936.

OCENY.

Les colites chroniques. (Przewlekłe zapalenia jelita grubego). M. CHIRAY, G. LARDENNOIS, J. BAUMANN. Masson et Cie. Paris. 1934. Str. 429. Cena 65 fr.

Książka napisana z niesłychanym nakładem pracy. Autorowie przeznaczają ją zarówno do użytku specjalistów, jak i lekarzy praktyków.

---

[1]) Profesorowie Woj. Med. Akad. nosili mundury odpowiadające mund. generała, bo posiadali stopień generała.

W części ogólnej omawiana jest fizjologja czynności jelita grubego oraz patogeneza powstawania spraw zapalnych (błędy dietetyczne, zakażenia bakteryjne, stan alergiczny, zatrucia, urazy). W części szczegółowej znajduje się podział zapaleń jelita grubego, oparty na podstawach anatomji patologicznej i na etjologji. Spowodu dwoistej podstawy podział ten nie jest przejrzysty. Są następujące działy: *endocolitis mucosa, colitis parieto-interstitialis*, gruźlica jelita grubego, zmiany miażdżycowe jelita, swoiste zapalenia wrzodziejące (ameby, pasorzyty) nieswoiste zapalenia wrzodziejące. Każdy dział ma wielką liczbę poddziałów, co utrudnia zapamiętanie i ujemnie wpływa na przejrzystość układu.

W każdym rozdziale autorowie omawiają etjologję, patogenezę, anatomję patologiczną, objawy kliniczne, rozwój cierpienia, powikłania, rozpoznanie różniczkowe oraz rokowanie. Ten sposób pisania prowadzi z konieczności do wielokrotnego powtarzania tych samych lub bardzo do siebie zbliżonych obrazów chorobowych. Osobno są omówione sposoby leczenia: wewnętrzny i chirurgiczny. Wielkie znaczenie według autorów mają przepłókiwania jelitowe oraz środki osłaniające błonę śluzową. W zależności od tego, czy zachodzą w jelitach procesy fermentacyjne lub gnilne autorowie zalecają dietę przeważnie białkową lub przeważnie węglowodanową. Zalecane są również wody mineralne, wodolecznictwo, naświetlania, diatermja.

W sprawach zapalnych na tle pasorzytniczem (ameby, *lamblia intest., trichomonas int.* i t. d.) konieczne jest usunięcie pasorzytów.

Zabiegi chirurgiczne na jelicie grubem (resekcje, połączenia, przetoki i t. d.) opisują autorowie szczegółowo z podaniem schematów rysunkowych.

Książka zawiera wiele zajmujących szczegółów, które mogą zainteresować specjalistów, jest jednak napisana dość ciężko i rozwlekle, co utrudnia korzystanie z niej.

H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Badania nad wymianą gazową u człowieka w czasie pracy. III. Próba określenia czasu trwania okresu początkowego pracy. SZWEJKOWSKA. Acta Biologiae Experimentalis. V. 9. Nr. 8. 1935.

Perlberg, prowadząc swe badania na ergomierzu drabinowym i utrzymując natężenie pracy na jednakowym poziomie w ciągu całego doświadczenia, przyjmuje zużycie tlenu za podstawę do rozgraniczenia okresu początkowego od głównego. Jako „punkt zwrotny“, t. j. moment, rozgraniczający okres początkowy od głównego, przyjmuje chwilę największego zużycia tlenu, po której następuje pierwszy spadek. Szwejkowska ustala inne kryterjum. Za moment końcowy okresu początkowego dla danego zjawiska elementarnego wymiany przyjmuje pierwsze przecięcie się krzywej jego natężenia z prostą równoległą do osi czasu, a odpowiadającą średniej wartości tego zjawiska w okresie głównym. Uzasadniwszy i ustaliwszy to pojęcie wyciąga Szwejkowska ze swej pracy cały szereg wniosków dotyczących wydalania CO_2, wentylacji i t. d. *Bieliński* (Lwów).

Mikrobiologja i serologja.

Pożywka buljonowa i agarowa z lepszem użyciem mięsa. WALTER LEWINTHAL. Zentrabl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Inf. Krankheiten Orig. 121. Str. 513.

Normalnie przy sporządzaniu wyciągu mięsnego otrzymujemy wodę mięsną o oddziaływaniu kwaśnem i cenne białko po koagulacji zatrzymuje się na sączku. Jeśli natomiast gotuje się mięso w alkalicznym rozczynie to znaczna część białka przechodzi jako ciepłostałe albuminaty, do roztworu. Przy tem wyciąganiu wystarczy ogrzewanie kilkuminutowe przez co t. zw. witaminy nie zostają jeszcze zniszczone. Ponieważ jednak niektóre bakterje nie zużytkowują owych wysoko-drobinowych albuminatów, należy przeto mięso poddawać przed gotowaniem trawieniu tryptycznemu. Jako fermentu używa się pankreatyny absolutnej (Merck). Do tego celu przygotowuje się dwa osobno wyjalowione roztwory:

1. Roztwór tłumikowy: 8‰ roztwór dwuzasadowego fosforanu sodowego (Na_2HPO_4) rozpuszczony w wodzie destylowanej i zakwaszony roztworem normalnym kwasu solnego na pH 5,6—6,0.

2. Agar z tłumikiem: roztwór pierwszy zmieszany z 3% agarem i zagotowany w bieżącej parze przez 1—2 godzin. Następnie odlewa się górną część płynu pozostawiając tylko najcięższy osad w naczyniu. Należy kontrolować i poprawić pH tegoż płynu, gdyż musi się zgadzać z pH roztworu pierwszego.

Sporządzanie wyciągu mięsnego: a) mięso mielone 100 g, woda destylowana steryl. 300 cm³, Na_2CO_3 1/n 15 cm³ dokładnie wymieszać i trzymać w ciepł. 37° lub 60° przez 1—2 godzin; b) 0,05 g pankreatyny absol. rozpuszczonej przy ciepł. 37° w 20—30 cm³ wody destylowanej i 2,5 cm³ Na_2CO_3 1/n; c) roztwór a i b) miesza się w kolbce i po dodaniu 10 cm³ chloroformu i szczelnem zamknięciu papierem pergaminowym wstawia się do termostatu (37°) na 24 godziny, wstrząsając często.

Sporządzanie agaru: Agar z tłumikiem (Nr. 2.) rozpuszczony w autoklawie i nieco ochłodzony (70—80°) zostaje zmieszany w równych ilościach z wyciągiem mięsnym, podanym pod a), w garnku, prędko doprowadzony do wrzenia i trzymany w tym stanie przez jedną minutę. Z skrzepłej masy mięsnej oddziela się resztę płynu do kolbki i po powtórnem zagotowaniu przesącza się przez zwykły sączek z bibuły na gorąco. Alkalizując obliczoną ilością normalnego roztworu sody ponownie się zagotowuje i sączy, również na gorąco. Gotowy już agar wylewa się do probówek i wyjaławia się w dwóch do trzech po sobie następujących dniach w bieżącej parze (10 minut).

Sporządzanie buljonu jest podobne do sporządzania agaru tylko zamiast agaru używa się roztworu Nr. 1.

Wyżej wymienione pożywki nie są pozbawione soli kuchennej spowodu zakwaszenia rozczynu kwasem solnym. Zaletą tych pożywek jest maksymalne zużycie mięsa (1:6) i uniknięcie drogiego peptonu.

Pneumokoki rosną w wyżej podanym buljonie lepiej niż w buljonie z dodatkiem surowicy. Na agarze rosną w małych kolonjach, jednakże po dodaniu 5% krwi dają duże kolonje o zabarwieniu zielonkawem. Paciorkowce rosną równie dobrze na agarze jak i w buljonie.

Spowodu tryptycznego działania pankreatyny buljon zawiera tryptofan i pozwala przeto bakterjom wytwarzającym indol odrazu na rozkład tryptofanu na alaninę i indol.

Ze względu na wysoką zawartość białka i cukru buljon nowy nadaje się także jako pożywka różniczkowa przy hodowaniu zarazków grupy durowo-okrężnicowej, zastępując w zupełności serwatkę Petruschky'ego po odpowiedniem przystosowaniu.

Bardzo dobrze udaje się hodowanie zarazków influency. Ponieważ pożywka posiada tak zwany czynnik „V“ zaś czynnik „X“ w bardzo małej ilości, wystarczy przeto tylko mały dodatek czynnika „X“, jaki otrzymujemy z wodnego rozczynu krystalicznej hemoglobiny (1:50.000).

Nowa pożywka daje się przerobić również z dobremi warunkami wzrostu na agar z krwią, Conradi-Drygalskiego i t. p. pożywki.

Autor opisuje szczegółowo techniczne zabiegi sporządzania tej pożywki. *H. Wojtek* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O splenomegaljach krwotocznych. A. L. JORGE, J. FERREIRA DA SILV, A. E. LEAL. Boletim da Secretaria Geral de Saude e Assistencia. Rio de Janeiro. 2. Str. 13. 1935.

Autorowie opisują 3 wypadki *trombophlebitis venae lienalis.* Rozpoznanie kliniczne oparte było: 1) na stwierdzeniu bardzo dużej śledziony o spoistości elastycznej, zmniejszającej się pod wpływem adrenaliny (granice ustalano wypukiem), a w jednym wypadku nawet po obfitszym krwotoku żołądkowym. Po każdorazowym zastrzyku adrenaliny stwierdzano ponadto zwiększenie się ilości erytrocytów we krwi; 2) na mniej lub więcej obfitych krwotokach z żołądka; 3) puchlinie brzusznej świadczącej o zaburzeniu w krążeniu żyły bramnej; 4) lekkim stanie podgorączkowym oraz leukocytozie (12.000). Wszyscy 3 chorzy byli dotknięci przewlekłą postacią zimnicy, której jednak autorowie splenomegalji nie przypisują, ze względu na miękkość śledziony i jej oddziaływanie na adrenalinę. Podobnie rzecz się ma z zespołem Bantiego. W 2 przyp. stwierdzono lues, wszyscy 3 jednak chorzy okazywali niewątpliwie objawy przewlekłej czerwonki, które to zakażenie zdaniem autorów spowodowało pośrednio zakrzep żyły śledzionowej. *S. Fuhrman* (Lwów).

Skuteczność acetylocholiny w leczeniu padaczki urazowej. FRIBOURG-BLANC, LASSALE i PASSA. Presse Méd. Nr. 94. 1935.

W leczeniu padaczki acetylocholina dawała przeważnie dobre wyniki, często jednak zawodziła. Prawdopodobnie zależy to od rodzaju padaczki. Autorowie podają historje choroby 2 przypadków padaczki, która występowała od czasu wojny na skutek postrzału w głowę. Mimo wielokrotnych zabiegów operacyjnych napady padaczki o typie Jacksona występowały bardzo często i nie pomagał wcale gardenal po 0,25 dziennie. Po leczeniu acetylocholiną napady się zmniejszyły, potem ograniczyły się tylko do twarzy, wkońcu ustąpiły zupełnie przy dalszem stosowaniu

tego preparatu. Przez wstrzykiwanie w odpowiednich kilku serjach można było uchronić tych chorych cierpiących od 19 lat na napady powtarzające się co kilka minut, na przeciąg kilku miesięcy. Dobry wynik leczniczy w tych przypadkach należy przypisać działaniu rozszerzającemu naczynia krwionośne mózgu. Wprawdzie nieznana jest jeszcze dokładnie patogeneza napadów padaczkowych, zdaje się jednak że w większości przypadków powoduje je skurcz spastyczny naczyń tętniczych mózgu, co obserwowano nawet bezpośrednio w niektórych przypadkach u ludzi i zwierząt. W innych przypadkach napadów padaczkowych zdaje się obrzęk mózgu albo też podobne zmiany ma być czynnikiem wywołującym. Tem też należy tłumaczyć brak działania acetylocholiny w przypadkach padaczki na innem tle.

Skowroński (Lwów).

Leczenie pokrzywki przy pomocy jonizacji histaminą. N. FIESSINGER i A. GAJDOS. Presse Méd. Nr. 95. 1935.

Autorowie omawiają rolę histaminy w powstawaniu stanów chorobowych o charakterze anafilaktycznym, przytaczając liczne doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia u ludzi, dowodzące pokrewieństwa lub nawet identyczności wstrząsów histaminowych i anafilaktycznych. Działanie histaminy na skórę przy jonizacji objawia się zaczerwienieniem miejscowem, obrzękiem i rumieniem naokoło obrzęku oraz ogólnem osłabieniem, co utrzymuje się 30—40 minut. Takie same objawy obserwuje się przy napadach pokrzywki, dlatego też w patogenezie tego stanu chorobowego histamina ma odgrywać rolę przyczyny wywołującej. Na tem się opierając, starali się autorowie odczulić skórę na histaminę. W 6 przypadkach przewlekłej pokrzywki stosowali jontoforezę histaminową i stwierdzali bardzo dobre wyniki lecznicze. Elektrodę dodatnią prądu galwanicznego owiniętą w okład zanurzony w roztwór wodny *Histaminum hydrochloricum* 1:10.000 przykładali na brzuch. Nasilenie prądu 6—10 miliamp., czas 5—10 minut co drugi dzień, ogółem 10—12 posiedzeń. Wyniki lecznicze były dobre, w kilku przypadkach pokrywka nie ustąpiła w zupełności, pojawiała się jednak bardzo rzadko i słabo.

Skowroński (Lwów).

Napady wymiotów (crises gastriques) w wiądzie rdzenia. L. BINET i J. PARROT. Presse Méd. Nr. 99. 1935.

Autorowie opierając się na poprzednich badaniach nad rolą soli kuchennej w wywoływaniu i podtrzymywaniu wymiotów, zbadali zachowanie się we krwi chloru, mocznika, zasobu zasad, ilości ciałek białych i wydzielania moczu w napadach żołądkowych w wiądzie rdzenia (1 przyp.). Stwierdzili, że wydalanie chloru przez wymioty prowadzi w ciągu kilku dni do silnego spadku wydzielania chloru w moczu, równocześnie we krwi spada chlor w ciągu 2 dni do 2,5 g na litr osocza, natomiast podnosi się mocznik i ilość ciałek białych. Napady żołądkowe powodują zubożenie organizmu w sól kuchenną i prawdopodobnie to jest przyczyną silnego osłabienia takich chorych. Dlatego też nie wystarczy usuwać nerwową przyczynę napadów przez stosowanie atropiny, potrzeba także zwalczać chloropenję przez codzienne podawanie odpowiedniej ilości soli.

Skowroński (Lwów).

Leczenie „bułgarskie" zaburzeń pośpiączkowych (parkinsonizmu). A. RAVINA. Presse Méd. Nr. 98. 1935.

Autor podaje wyniki lecznicze otrzymane przez lekarzy włoskich (Ferrannini i Panegrossi), którzy sprawdzali metodę leczenia parkinsonizmu, stosowaną od 8 lat w Bułgarji przez niejakiego Rajewa. Leczenie to stało się sczasem tak sławne, że przedostała się wieść o niem nietylko na Bałkany ale i do Włoch. Polega ono na tem, że podaje się chorym leki, w skład których wchodzą 2 korzenie, jeden proszek i pigułki. Okazało się, że korzeniem tym jest korzeń główny pokrzyku wilczej jagody (belladonny), z którego przyrządza się 5% odwar w winie, a do tego dodaje się czarnego proszku t. j. węgla, który zdaje się nie odgrywa większej roli. W skład pigułek wchodzą korzenie poboczne wilczej jagody. Prócz tego do żucia używa się kłącza tataraku. Odwar podaje się codziennie po 1—5 łyżeczek, ponadto zażywa się rano jedną pigułkę. Jest to więc leczenie podobne do leczenia dużemi dawkami atropiny, a wiadomo, że chorzy tacy znoszą dość dobrze nawet duże dawki tego alkaloidu. Różnica jednak przy leczeniu czystą atropiną a tym odwarem korzenia belladonny jest bardzo wybitna. Jak bowiem stwierdzają liczni badacze, chorzy niezawsze dobrze znoszą wysokie dawki atropiny i poprawa jest zwykle krótkotrwała. Natomiast przy leczeniu tą bułgarska metodą lekarze włoscy stwierdzili bardzo korzystne wyniki lecznicze (jeden z nich leczył 12, a drugi 258 przypadków). Obaj podają, że leczenie było dobrze znoszone, występowała poprawa albo nawet zupełne kliniczne wyleczenie, które nie cofało się po kilkumiesięcznem zaprzestaniu leczenia. Przedewszystkiem ustępuje sztywność mięśni, natomiast objawy hiperkinetyczne ustępują rzadziej. W niektórych przypadkach poprawa była tak szybka, że rzucała się w oczy i nawet dziwiła otoczenie i lekarzy. Chorzy, którzy od lat nie mogli ani stać ani chodzić, nie mówili, nie mogli nic napisać, zaczynali wstawać, ubierać się, pisać listy i mówić. Leczenie musi być konsekwentnie prowadzone — w niektórych przypadkach miesiącami i w tym czasie chory musi być stale badany i kontrolowany. Jeśli wystąpi wybitna poprawa, to dalsze leczenie może być prowadzone w domu. Dobre wyniki lecznicze przy tej metodzie leczenia należy przypisać głównie powolnemu wchłanianiu i wydalaniu alkaloidów belladonny (żucie tataraku wywołuje ślinienie i przeciwdziała suchości błony śluzowej), ale prócz tego zdaje się, że korzeń zawiera jeszcze inne alkaloidy prócz atropiny. W korzeniu pochodzenia bułgarskiego stwierdził Panegrossi 0,5% w korzonkach pobocznych nawet 0,8%. Ilość tych alkaloidów waha się w różnych surowcach zależnie od sposobu zbioru i uprawy. W korzeniach roślin hodowanych jest więcej alkaloidów jak w dziko rosnących. W Bułgarji belladonna używana do leczenia tą metodą była specjalnie hodowana.

Skowroński (Lwów).

Wzrost azotu niemocznikowego we krwi i jego spadek przez stosowanie mocznika i wyciągu wątroby. W. NONNENBRUCH i J. WIESEV. Presse Méd. Nr. 94. 1935.

Oznaczanie całego azotu pozabiałkowego, jak to robią w Niemczech, lub azotu mocznika, jak to robią Francuzi, nie pozwala dobrze rozpoznać stanu chorobowego, ponieważ w ostatnich latach przekonano się, że najważniejszą rolę odgrywa frakcja azotu niemocznikowego, w skład której wchodzą kwasy aminowe, polipeptydy, kreatyna i t. p. Ten azot resztkowy pochodzi z rozpadu białka i jego wzrost dowodzi pogorszenia, a spadek poprawy sprawy chorobowej. Wzrost tego azotu u chorych wątrobowych dowodzi ogólnego pogorszenia się spowodu zaburzeń w przemianie białkowej. Autorowie badali wpływ podawania mocznika, soli amonowych i wyciągu wątroby na azot resztkowy i mocznik we krwi w kilku przypadkach chorób wątroby i nerek. Przekonali się, że wzrost azotu resztkowego występuje wskutek nadmiernego wydzielenia mocznika spowodu obfitej diurezy. Poziom tego azotu zmniejszają wszystkie czynniki powiększające poziom mocznika, a równocześnie ze spadkiem tego azotu resztkowego poprawia się stan ogólny. Wyciągi wątrobowe podnoszą mocznik i hamują rozpad białka. Obfite moczenie występujące w okresie końcowym cięższych zaburzeń wątroby powoduje wzrost mocznika i spadek azotu resztkowego. Po podaniu soli amonowych i kwasów aminowych podnosi się azot resztkowy i pogarsza się stan ogólny, podczas gdy mocznik w małych dawkach (10—30 g) obniża azot resztkowy i poprawia stan ogólny. Dlatego też we wszystkich zaburzeniach wątroby ze wzrostem azotu resztkowego należy stosować mocznik i wyciągi wątroby.

Otolaryngologja.

O toczniu pospolitym pierwotnym prawych muszli i prawej strony przegrody nosowej wyleczonym przez elektrokoagulację. O. P. FREITAS COELHO. Boletim da Secretaria Geral de Saude e Assistencia. Rio de Janeiro. 2. Str. 106. 1935.

U chorej liczącej lat 46 autor stwierdził *lupus vulgaris* zlokalizowany w prawej jamie nosowej. Rozpoznanie kliniczne (rozległe owrzodzenie, zawierające liczne gruzełki) zostało potwierdzone przez badanie anatomo-patologiczne wyciętego skrawka. Chora przeszła poprzednio kurację solami złota oraz przyżeganiami kwasem mlekowym; leczenie to, podobnie jak i przyżegania chlorkiem cynku 20% pozostały bezskuteczne. Dopiero zastosowanie elektrokoagulacji doprowadziło do zupełnego wyleczenia zmian w nosie (badanie drobnowidowe nie wykazało utkania charakterystycznego dla *lupus vulg.)*, przyczem polepszenie zaczęło się objawiać już po pierwszem stosowaniu (ustały bóle i krwawienia z nosa).

S. Fuhrman (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XIV posiedzenia naukowego odbytego dnia 26 kwietnia 1935 roku.

Przewodniczy: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Sabatowski *wygłasza wykład p. t.: „O leczeniu solankowem pod otwartem niebem".* (Rzecz ukazała się w całości drukiem w Pol. Gaz. Lek. Nr. 21. 1935).

2. Kol. Koskowski *wygłasza wykład p. t.: „O działaniu czynników chemicznych i fizycznych zdrojów polskich".*

Prelegent omawia czynniki chemiczne i fizyczne, które wchodzą w grę, jako elementy działające w zdrojach polskich. Porusza wpływ działania solanek prostych i złożonych, wód siarczanych, szczaw alkalicznych, bezwodnika węglowego, następnie solanek glaubersko-gorzkich, wreszcie wód hipotonicznych, omawiając ich wpływ na żołądek, jelito cienkie, jelito grube, wątrobę, trzustkę, narządy wydzielnicze (nerki) oraz na narząd krążenia i krew.

Wskazania lekarskie do leczenia chorób szczególnie przewlekłych, wymagających leczenia zdrojowego, opierać się powinny na racjonalnych podstawach hydrologji lekarskiej.

Zadaniem nowoczesnej hydrologji eksperymentalnej jest wyjaśnienie mechanizmów działania poszczególnych elementów oddzielnie i w działaniu zespołowem i wpływ ich na poszczególne narządy człowieka zdrowego i chorego.

Prelegent zajmuje się również wpływem dynamicznym kąpieli solankowych, kwaso-węglowych i borowinowych, podkreślając przy tej okazji znaczenie chemizmu skóry, odczynów nerwowych, naczyniowych, termicznych i dynamicznych krwi. Wpływ na skórę czynników chemicznych, mechanicznych, termicznych, hydrostatycznych ma znaczenie nietylko miejscowe, ale staje się bodźcem dla wielu odczynów całego ustroju. Odczyny te grają ważną rolę w rozmieszczeniu krwi, ułatwieniu pracy serca i krążenia, wzmożeniu odporności ustroju, zmianach fizycznych i chemicznych krwi, wydalaniu ciał toksycznych z ustroju i t. d.

Nie można sobie wyobrazić racjonalnego stosowania czynników chemicznych i fizycznych w leczeniu zdrojowem bez racjonalnych naukowych podstaw, które daje hydrologja eksperymentalna łącznie z obserwacją kliniczną. Hydrologja eksperymentalna korzysta z metod medycyny eksperymentalnej, a więc badań na zwierzętach zdrowych i chorych, narządach wyosobnionych, człowieku zdrowym i chorym.

Poszczególne ośrodki naukowe w Polsce, podobnie zresztą jak i zagranicą, zajmują się od szeregu lat dziedziną hydrologji lekarskiej z dużemi korzyściami dla leczenia zdrojowego.

3. Kol. Rencki *wygłasza wykład p. t.: „Morszyn-Zdrój — jego rozwój i potrzeby w najbliższej przyszłości“.*

Prelegent kreśli powstanie dotacji Morszyna na cele wsparć wdów i sierót po lekarzach przez ś. p. Bonifacego Stillera z obowiązkiem utrzymywania Zakładu Zdrojowego.

Pierwsze lata odziedziczenia Morszyna — wobec braku funduszu na inwestycje — były latami wegetacji; Morszyn nie przynosił żadnych dochodów na cele fundacyjne. W r. 1912 zamierzoną była sprzedaż Morszyna — a tylko dzięki przypadkowi nie zapadła uchwała Wydziału Krajowego, zezwalająca na jego sprzedaż. Wojna światowa zniszczyła doszczętnie majątek, a z nim i Zakład Zdrojowy. Dopiero w r. 1920 Morszyn wydzierżawiony Spółce Akc. „Polskie Zdroje“ zaczyna się dźwigać z upadku; od roku zaś 1932, w którym Towarzystwo Lekarskie objęło spowrotem Zarząd Zdrojowiska, rozpoczyna się jego szybki i systematyczny rozwój.

Wybudowano nowe, wzorowe łazienki solankowe; obok urządzono pomieszczenie na zakład wodoleczniczy i inhalatorjum. Liczba gości wzrasta z roku na rok, dochodząc w r. 1934 3.500 osób; znajdują oni tu wygodne pomieszczenia w licznych nowopowstałych pensjonatach.

Wobec nieuregulowanej rozbudowy Morszyna przystąpiono do sporządzenia planu regulacyjnego, wstrzymując dalszą rozbudowę na przeciąg dwóch lat; opracowano projekt zaopatrzenia całego Morszyna w dobrą wodę wodociągową, wykonano plan kanalizacji.

W roku ubiegłym przystąpiono do budowy domu przemysłowego, który pomieści kilkanaście wzorowych łazienek borowinowych, duży oddział na okłady borowinowe, elektrycznie pędzoną dużą borowiniarnię oraz hale maszyn i kotłów dla obsługi łazienek i oświetlenia elektrycznego całego Morszyna. Powiększono drogi dla przechadzek, dzisiaj już na przestrzeni 6 kilometrów.

Powszechnie odczuwać się daje brak domu zdrojowego, któryby stał się ośrodkiem przyszłego rozwoju Morszyna. W tym celu na podstawie wypracowanych szkiców postanowiono w najbliższej przyszłości wznieść dom zdrojowy, któryby obok sal zabawowych, restauracji i kawiarni pomieścił kilkadziesiąt z komfortem urządzonych pokoi. W suterenach założone łazienki oraz pracownie dla badań miałyby na celu prowadzenie całorocznego sezonu pod formą wzorowo prowadzonego sanatorjum.

Wyroby morszyńskie, jak sól krystaliczna i proszkowana, sól do kąpieli oraz naturalna morszyńska woda gorzka, najsilniejsza ze wszystkich znanych podobnych wód zagranicznych, zyskują sobie coraz większy zbyt w kraju i zagranicą.

Apelem do Kolegów — dla których rodzin ten nowy gmach ma powstać i wezwaniem o wydatne poparcie zdrojowiska i jego przetworów, z których dochód przeznaczony wyłącznie na cele naukowe i charytatywne — zakończył prelegent swe przemówienie.

4. Kol. Papierkowski *wygłasza wykład p. t.: „Farmakodynamiczne i terapeutyczne własności wody ze zdroju „Karola“ w Iwoniczu“.* Badania z hydrologji eksperymentalnej.

W wykładzie pod powyższym tytułem przedstawia prelegent wyniki swych dwuletnich badań [1]) nad działaniem wody ze zdroju „Karola“ w Iwoniczu, przeprowadzonych na materjale ludzkim i zwierzęcym, z wodą flaszkową we Lwowie i wodą świeżą, wprost ze źródła, latem w Iwoniczu.

Jeżeli chodzi o własności fizyczno-chemiczne wody „Karola“, to na podstawie licznych analiz (10), wykonanych w ciągu ubiegłego stulecia (1839—1932) należy ją zdefinjować jako szczawę słono-alkaliczną, jodowo-bromową z dodatkiem potasu, litu, baru, strontu i wapnia.

W doświadczeniach z wpływem wody „Karola“ na serce, stwierdził autor, że woda iwonicka zwiększa mniej lub bardziej wybitnie napięcie i amplitudę skurczów serca, zmniejsza natomiast częstość uderzeń serca (bradykardja). Zachowuje się więc podobnie, jak naparstnica; naparstnicowe to działanie należy odnieść do sumy zawartych w wodzie jonów, a mianowicie: Ba, Ca, Sr, K, Na, Li i Mg.

Następnie stwierdzono, iż woda „Karola“ obniża ciśnienie tętnicze krwi zarówno normalne, jak i sztucznie podwyższone. Mechanizm tego działania tłumaczyć należy obecnością jodu, który według zgodnych wyników eksperymentalnych i klinicznych rozszerza naczynia krwionośne, zmniejsza lepkość krwi i na tej drodze obniża jej ciśnienie, a dalej działaniem przeczyszczającem wody „Karola“ (0.87% NaCl), która przez spowodowanie efektu ewakuacyjnego usuwa ze krwi histaminę i znosi stan dynamiczny krwi; stan taki bowiem może być jedną z przyczyn nadciśnienia tętniczego.

Dalej wykazano wpływ szczawy iwonickiej na przewód pokarmowy; pobudza ona czynność ruchową żołądka i czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych, gdyż i ilość soku żołądkowego zwiększa się i kwas solny, kwasota ogólna, siła trawienia soku ulegają bardzo znacznemu wzrostowi. Dzięki temu działa też woda „Karola“ pobudzająco na wydzielanie soku jelitowego i trzustkowego. Wchłanianie wody iwonickiej w jelitach jest bardzo szybkie i łatwe, czego dowodem jest przesunięcie punktu zamarzania w kierunku większego zagęszczenia.

Z dalszych własności farmakodynamicznych wody „Karola“ należy wymienić jej działanie żółcio-wydalnicze w pierwszej godzinie po jej podaniu; występuje to zwłaszcza po ogrzaniu wody do 45°, przy jednorazowem stosowaniu bodźca. Przy przewlekłem stosowaniu wody iwonickiej (4—5 tygodni) stwierdzono wzmożenie wydzielania żółci wątrobowej ponad 50% w stosunku do normy. Żółciotwórcze działanie wody „Karola“ przy przewlekłem jej stosowaniu należy przypisać rozwodnieniu krwi i nawodnieniu ustroju, które to czynniki wzmagają czynność wydzielniczą wątroby.

Wpływ wody „Karola“ na wyosobniony woreczek żółciowy cechuje się dwoma okresami: w pierwszym okresie przychodzi do zwiększenia skurczów rytmicznych woreczka, które wkrótce stają się coraz słabsze, wygasając aż do zupełnego rozkurczu mięśniówki i zwiotczenia ścian (drugi okres).

Zapas zasad krwi tak po jednorazowem, jak i po przewlekłem podawaniu wody „Karola“ ulega bardzo nieznacznym zmianom: wzrost od 2%—3.4%.

Na ustrój z obniżoną przemianą podstawową wpływa woda „Karola“, przy stosowaniu 4—5 szklanek świeżej wody ze źródła w ciągu 5 tygodni w ten sposób, iż przemiana spoczynkowa wraca do wartości prawidłowych (wzrasta przeciętnie o 22.5%).

Następnie wykazano wybitne działanie moczopędne wody „Karola“. Ilość dobowa moczu u osobnika normalnego zwiększa się pod jej wpływem przeciętnie o 68%, a chlorki wzrastają o 35%. Mechanizm moczopędnego wpływu wody „Karola“ jest prawdopodobnie pochodzenia nerkowego i pozanerkowego.

Z końcowych grup doświadczeń należy wymienić jeszcze farmakodynamiczne własności spazmodyczne wody „Karola“; stwierdzono je na wyosobnionym moczowodzie psa i wyosobnionej macicy dziewiczej świnki morskiej, których mięśnie gładkie odpowiadają — prawdopodobnie pod wpływem baru — niejednokrotnie bardzo wybitnym skurczem, nawet tężcowym.

Podniecające działanie wywiera woda „Karola“ również na nabłonek migawkowy. Szybkość ruchu migawkowego wzrasta po wodzie „Karola“ przeciętnie o 75% w stosunku do wartości początkowej.

[1]) Papierkowski J.: Farmakodynamiczne i lecznicze działanie wody ze zdroju „Karola“ w Iwoniczu. Badania z hydrologji eksperymentalnej. Arch. T-wa Nauk. Lwów, 1935. Dział III. T. VII. Z. 3.

Osiągnięte wyniki badań wody „Karola" zachęcają do dalszych systematycznych opracowań i innych polskich wód mineralnych, co niewątpliwie przyczyni się wydatnie do ugruntowania wskazań lekarskich w poszczególnych przypadkach oraz do szybszego rozwoju polskiego lecznictwa zdrojowego.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Do Współpracowników Polskiej Gazety Lekarskiej.

Autorzy artykułów są proszeni o podawanie na rękopisach prywatnych adresów w celu ułatwienia przesyłania korekt.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Jarosław Łopatyński z Gołogór pow. Złoczów zmarł w wieku 64 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

W dniu 8 b. m. w lokalu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej odbyło się Walne Zebranie Okręgu Warszawskiego Związku Lekarzy Słowiańskich. Zebraniu, które zagaił prezes okręgu kol. Kowalski, przewodniczył prof. Witołd Orłowski, sekretarzował kol. A. Wieczorek. Sprawozdanie Zarządu i sprawozdanie rachunkowe skarbnika oraz protokół Komisji Rewizyjnej zebrani bez dyskusji zatwierdzili i wyrazili podziękowanie ustępującemu Zarządowi. W wyniku dokonanych następnie wyborów zostali powołani: do Zarządu Okręgu kol. W. Kowalski i W. Szumlański (obydwaj ponownie) oraz kol. L. Bryndza-Nacki, J. Czarnecki i W. Drożdż. Na delegatów do Zarządu Głównego wybrano ponownie kol.: W. Chodźkę, B. Jakimiaka, W. Łapińskiego i C. Wroczyńskiego oraz na miejsce opróżnione wskutek śmierci prof. Gluzińskiego wybrano kol. W. Szumlańskiego. W skład Komisji Rewizyjnej weszli dotychczasowi jej członkowie: kol. Kucharzewski, E. Witkowski i S. Zdanowicz. Na wniosek przewodniczącego uczczono przez powstanie i chwilę skupienia pamięć wielce zasłużonego dla Związku prof. Antoniego Gluzińskiego oraz wysłano depeszę do złożonego od dłuższego czasu niemocą prezesa Zarządu Głównego kol. Bolesława Jakimiaka.

Doroczne posiedzenie administracyjne Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego odbyło się dnia 17 stycznia 1936 r. Porządek dzienny: 1. Odczytanie protokółu ostatniego Walnego Zebrania. 2. Sprawozdanie dotychczasowego Zarządu. 3. Wybór nowego Zarządu. 4. Wnioski i interpelacje.

LXXXVIII posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów odbyło się dnia 17 stycznia b. r. Porządek dzienny: 1. Kochanowski J.: O torsyjnych nadwichnięciach kręgosłupa przy skoljozie. 2. Grynkraut B.: Dwa przypadki os. trigoni. 3. Dering-Ossowska K.: Samoistna odma międzypłatowa u dzieci. 4. Rubinrot St.: Wrażenia ze Zjazdu w Łodzi.

Na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Łódzkiego w dniu 8 stycznia 1936 r. wybrani zostali: prezes: Dr. B. Frenkiel, wiceprezesi: Dr. H. Rueger i Dr. A. Margolis, sekretarze: Dr. B. Czaplicki i Dr. A. Tenenbaum, skarbnik — Dr. B. Knichowiecki, bibljotekarze: Dr. Z. Prechner i Dr. M. Kocen.

Różne.

Z kraju.

Higjena w miastach. Z opracowanych dat spisu ludności z roku 1931 wynika, iż ludność Lwowa (312.231 — bez wojska skoszarowanego) mieszkała w 72.030 mieszkaniach. Z tej ogólnej liczby mieszkań 16.313 posiadało ustępy w mieszkaniu. Odpowiednie liczby dla Krakowa: 219.286 osób, 48.456 mieszkań, ustęp w mieszkaniu posiadało 13.798. Dla Gdyni: 33.217 osób, 6.947 mieszkań, ustępy w mieszkaniu u 1.326. Dla Bielska: 22.332 osób, 5.617 mieszkań, ustępy w mieszkaniu posiadało 1.779 mieszkań. (Wiad. Stat. Nr. 33, 34, i 35. 1935).

Na terenie Izb Ustawodawczych została zorganizowana grupa lekarzy-posłów i senatorów. Pierwsze posiedzenie tej grupy odbyło się dnia 13 grudnia ub. r. Przewodniczącym całego ugrupowania członków obu Izb Ustawodawczych został wybrany senator prof. M. Michałowicz. Na drugiem zebraniu w dniu 17 grudnia ub. r. postanowiono m. i. poczynić starania o powołanie w Sejmie Komisji Zdrowia.

Austrja.

W Insbrucku zanotowano ciężkie zatrucie spowodowane używaniem pomadki do barwienia warg.

Z. S. S. R.

Instytut Sowieckiej Medycyny Eksperymentalnej urządza w Leningradzie I Klinikę Medycyny Wschodniej. Wprowadzi się więc leczenie środkami, które są w użyciu w Tybecie, Mongolji, Samarkandzie. Kierownictwo tej kliniki objął prof. Aniczkow. Klinika narazie będzie miała 25 łóżek i rozporządza 45 próbkami preparatów farmaceutycznych pochodzenia wschodniego.

Zarząd Opieki Zdrowotnej w Rosji postanowił utworzyć kółka sportowe w uniwersytetach, do których należeć będą wybitni gimnastycy i do których zapraszani będą w charakterze wychowawców wybitni atleci oraz lekarze specjaliści w kulturze fizycznej i sportowej traumatologji.

Ze świata.

W roku 1933 zmarło z głodu według urzędowych statystyk 2,300.000 ludzi, a w Brazylji zniszczono w tym czasie (aby uniknąć spadku cen) 50 miljonów worków kawy, a w r. 1929 zniszczono 568.000 wagonów zboża, 44.000 wagonów ryżu, 267.000 worków kawy i 2,500.000 kg cukru.

Komunikaty.

Z okazji 40-letniej rocznicy odkrycia promieni Roentgena, ogłasza Prof. Dr. Hans Meyer, Bremen Parkalee 73, listę osób, które padły ofiarą promieni Roentgena we wszystkich krajach i prosi o nadsyłanie ich fotografij i krótkiego życiorysu (najwyżej 2 stronice pisma maszynowego) pod jego adresem. Podobnie zwraca się Dr. Dariaux z Paryża 9 bis Boulevard Rochechouart Paris IX do kolegów zagranicznych i francuskich z prośbą o nadsyłanie wiadomości o ofiarach promieni Roentgena.

Sprostowanie.

W P. G. L. w Nr. 2. 1936 na stronie 24 mylnie wydrukowano nazwisko: zamiast Dr. J. Doberska-Mayowd ma być Dr. J. Doberska-Mayowa.

W Pol. Gaz. Lek. Nr. 3, r. 1936, str. 23, w pracy Dr. J. Sowiakowskiego w ryc. 5, pięć pierwszy krzywych Ekg odwrócono o 180° i umieszczono zaczynając od dołu, ostatnią krzywą umieszczono na początku.

Redakcja otrzymała:

Jan Offenberg: Z teorji i praktyki kurczu wpustu (cardiospasmus). Warszawa. 1936.

R. E. Liesegang: Kolloid-Fibel für Mediziner. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1936.

H. Curschmann: Endokrine Krankheiten T. I. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1936.

Fr. Gudzent: Gicht Rheuma Aufbrauchskrankheiten. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1935.

UWAGA: W nr. 2 i 3 P. G. L. 1936, strony są oznaczone temi samemi kolejnemi liczbami. Pierwsza strona Nr. 3. winna być oznaczona liczbą 40, ostatnio liczbą 60. Paginacja zatem Nr. 3 powinna obejmować strony od 40—60.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.